

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Magdalena Olšanová

**Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu
v oblasti péče o duševní zdraví**

The Role of Social Worker in Multidisciplinary Team in the Field of
Mental Health

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Tereze Hartošové, za její odborné vedení, vstřícnost a užitečné rady. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu a své sestře za vytvoření optimálních pracovních podmínek.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 16. května 2018

Magdalena Olšanová

Klíčová slova

Sociální pracovník, duševní onemocnění, role sociálního pracovníka, multidisciplinární tým

Key words

Social worker, mental illness, role of the social worker, multidisciplinary team

Abstrakt

Tématem práce je vymezení a objasnění role sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu v oblasti péče o duševní zdraví. Současná transformace psychiatrické péče se orientuje na komunitní psychiatrii, která využívá mezioborovou spolupráci a integrovaný přístup při zajišťování komplexní péče o klienty v jejich přirozeném prostředí. Celkově měnící se koncepce péče, dává za vznik zcela nové roli sociálních pracovníků na poli naplňování potřeb duševně nemocných klientů. Praktická část zkoumá pomocí polostrukturovaných rozhovorů názor pracujících profesionálů na roli a postavení sociálního pracovníka jako specifické součásti multidisciplinárního týmu. Cílem práce je popsat roli sociálního pracovníka skrze jednotlivé součásti náplně práce, postavení v multidisciplinárním týmu a subjektivní vnímání vlastní profesní role.

Abstract

The topic of thesis is to define and clarify the role of the social worker within the multidisciplinary team in the field of mental health care. The current transformation of psychiatric care focuses on community psychiatry, which uses interdisciplinary collaboration and an integrated approach to providing comprehensive care for clients in their natural environment. The globally changing concept of care gives a completely new role to social workers in the field of meeting the needs of mentally ill clients. The practical part explores, using semi-structured interviews, the opinion of working professionals on the role and position of social workers as a specific part of a multidisciplinary team. The aim of the thesis is to describe the role of a social worker from the point of view of his job role, their position in a multidisciplinary team and his/her subjective perception of their profession.

OBSAH

ÚVOD	9
1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	10
1.1 Identita sociální práce	10
1.2 Profese sociálního pracovníka	10
1.3 Předpoklady sociálního pracovníka	11
1.4 Typologie sociálních pracovníků dle přístupu	12
1.5 Role sociálního pracovníka	12
1.6 Vzdělání sociálního pracovníka	13
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	15
2.1 Duševní onemocnění	15
2.2 Sociální práce s duševně nemocnými	16
2.3 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné	17
2.3.1 Sociální šetření	18
2.3.2 Případové vedení – case management	19
2.3.3 Psychiatrická rehabilitace	19
3 PSYCHIATRICKÁ PÉČE	20
3.1 Historie péče o duševně nemocné	20
3.2 Systém psychiatrické péče v ČR	20
3.3 Psychiatrická reforma	23
3.3.1 Strategie reformy	24
3.3.2 Současný stav	24
3.3.3 Konkrétní cíle změn	25
3.3.4 Centra duševního zdraví	25
4 KOMUNITNÍ PRÁCE	26
4.1 Komunitní péče	26
4.2 Komunitní psychiatrická péče	26

5	MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE	28
5.1	Multidisciplinární tým	28
5.2	Role sociálního pracovníka multidisciplinárním týmu	29
6	METODOLOGIE VÝZKUMU	31
6.1	Cíl výzkumu.....	31
6.2	Výzkumné otázky	31
6.3	Metoda výzkumu	31
6.4	Výběr výzkumného souboru	32
6.5	Technika sběru dat	32
6.6	Průběh sběru dat.....	32
6.7	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
7	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	34
7.1	Role sociálního pracovníka ve vztahu k práci s duševně nemocným klientem	34
7.2	Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu	40
7.3	Role sociálního pracovníka ve vztahu k subjektivnímu vnímání vlastní profese ..	44
8	DISKUZE	48
9	ZÁVĚR.....	52
10	POUŽITÁ LITERATURA.....	54
11	SEZNAM TABULEK.....	58
12	SEZNAM PŘÍLOH	58
13	PŘÍLOHY.....	59

Seznam zkratk:

CDZ	Centrum duševního zdraví
ČR	Česká republika
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize
ACT	Assertive Community Treatment – asertivní komunitní léčba
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

ÚVOD

V posledních letech se dostává problematika psychiatrické péče do popředí veřejného zájmu v důsledku velkého zatížení společnosti duševními poruchami. Projevy související s celkově zhoršenou kvalitou života představují rozsáhlý problém nejen v životě jedince, ale celého společenství.

Multidisciplinární přístup se stává novým a klíčovým nástrojem, který se v rámci psychiatrické reformy rozšiřuje do celého systému psychiatrické péče.

Komplexní přístup, který funguje na rozhraní psychiatrie, psychologie a sociální práce dokáže lépe naplňovat biopsychosociální potřeby duševně nemocných a přispívá tak k prevenci dlouhodobých hospitalizací mimo přirozené prostředí jedince. Souvisí se současným pojetím psychiatrické péče, charakteristické odklonem od institucionalizace. Záměrem reformy je vytvořit vzájemně provázanou a rovnoměrně rozmístěnou soustavu meziprofesních služeb, která by umožňovala duševně nemocným žít kvalitní život v běžném prostředí. Změna systému je dlouhodobý proces, který vyžaduje angažovanost všech zúčastněných subjektů.

Mým hlavním objektem zájmu jsou sociální pracovníci. Zajímalo mne, jakou mají roli a pozici v multidisciplinárních týmech v procesu formování nového systému psychiatrické péče.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část popisuje základní pojmy, uvádí do problematiky sociální práce s duševně nemocnými a věnuje se systému psychiatrické péče a jeho reformě.

Praktická část, která vychází z metody kvalitativního výzkumu přibližuje subjektivní vnímání role sociálního pracovníka jako součásti multidisciplinárního týmu. Popisuje roli sociálního pracovníka ze tří pohledů. Skrze jednotlivé součásti náplně práce, postavení v multidisciplinárním týmu a subjektivní vnímání vlastní profesní role.

Výstup praktické práce má poukázat na formu multidisciplinární spolupráce jako na nedílnou součást práce s duševně nemocnými a popsat roli sociálního pracovníka z jeho vlastního pohledu.

Téma bakalářské práce vzniklo na základě osobních zkušeností s cílovou skupinou duševně nemocných. Díky této zkušenosti jsem se začala více zajímat o současnou problematiku psychiatrické péče a její transformaci.

1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Obecně řečeno, je sociální pracovník ten, kdo vykonává sociální práci. „*Podstatou sociální práce je případový přístup k člověku či skupině osob, komunitě, která má sociální problémy nebo problémy a neumí je řešit vlastními silami nebo pomocí svého sociálního prostředí*“. (Tomeš, 2012)

1.1 Identita sociální práce

Identita sociální práce se vyvíjí mezi třemi základními oblastmi: společenskou situací, situací klientů a situací v profesi. (Havrdová, 1999) Dle Frosta (2007) identita sociální práce zahrnuje schopnosti, dovednosti, některé znalosti pocházející z práva, politiky a praxe. Identitu považuje za sebepojetí, které se odvíjí od toho, jak ho chápou sociální pracovníci. Za významný prvek identity sociální práce považuje Frost **situaci v profesi**. (Frost, 2007) Pojem identita označuje sebepojetí neboli představu o žádoucích charakteristikách. Důležité prvky při definování identity sociální práce tvoří kořeny a historie oboru. Dalším faktorem jsou poznatky, metody a vzdělání. K formování identity významně přispěla také Společnost sociálních pracovníků vypracováním Etického kodexu. (Havrdová, 1999)

„*Obor sociální práce je tedy skupina lidí, kteří vykonávají určitou odbornou činnost a jsou spojeni kolektivní identitou. Výrazem identita sociální práce se míní kolektivní sebepojetí skupiny lidí, kteří považují za žádoucí sledovat cíle a jednat při tom způsoby specifikovanými pro sociální práci*“. Díky profesní identitě sociální pracovník vnímá, kým je ve své profesi. (Havrdová in Matoušek, 2013)

Nečasová (in Matoušek, 2003) uvádí základní atributy profese, kterými jsou: **systematická teoretická základna**, představující dovednosti, které jsou pro profesi charakteristické, dalším atributem je **autorita profese vzhledem ke klientům** a **autorita uznávaná společností**, jako každá profese se snaží i sociální práce mít svou autoritu jak ve společnosti, tak ve vztahu ke klientovi, která je základním zdrojem klientova přesvědčení, že mu sociální pracovník může pomoci. **Kultura profese** je tvořena sítí formálních a neformálních skupin, jejichž vzájemná interakce vytváří profesní kulturu s vlastními normami, hodnotami a symboly. Posledním atributem je **etický kodex**, který jednání sociálních pracovníků reguluje.

1.2 Profese sociálního pracovníka

Sociální pracovník je profesionál poskytující služby v oblasti sociální práce, která formou praktické činnosti zajišťuje odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení různých sociálních problémů. Při práci uplatňuje propojení mezi teorií a praxí. (Matoušek, 2003) Pohybuje se

v širokém spektru sociální práce. Svou profesi může vykonávat na různých úrovních. Na mikroúrovni pracuje profesionál formou případové práce. Činnost zaměřená na případ se provádí především prostřednictvím poradenství, ale lze uplatnit i další postupy. Proces případové práce je založen na vztahu klienta a sociálního pracovníka. Principem procesu je interakce mezi klientem a sociálním pracovníkem, který si snaží zachovat vnitřní neutralitu a získat klienta ke spolupráci. Střední úroveň zahrnuje práci s rodinami a malými skupinami. Na makroúrovni sociální pracovník pracuje s velkými skupinami, organizacemi a komunitami. Součástí může být i působení na sféru veřejného mínění a politiky. (Matoušek, 2013)

Oblasti uplatnění sociálního pracovníka zahrnují sociálně-správní činnost, sociálně-právní poradenství, sociální diagnostiku, sociální intervenci, supervizi, sociální management, vědeckou činnost a další. (Gulová, 2011)

Zaměstnání sociálního pracovníka definuje zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zákon blíže specifikuje náplň práce takto: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. Sociální pracovník se pohybuje v širokém spektru sociální práce a může vykonávat svou profesi na několika úrovních. Sociální pracovník řeší sociální konkrétní problémy jednotlivce, skupin i komunit*“. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

1.3 Předpoklady sociálního pracovníka

Matoušek (2003) uvádí základní předpoklady sociálního pracovníka, mezi které řadí: **zdatnost a inteligenci**, jako předpoklad toho, že sociální pracovník bude rozvíjet své znalosti a dovednosti a zároveň bude udržovat svou fyzickou zdatnost. **Přitažlivost**, která se netýká pouze vzhledu, ale také názorů a chování pracovníka. Přitažlivost sociálního pracovníka může vést ke spontánní náklonnosti klienta. **Důvěryhodnost** pomáhajícího definuje mnoho složek, jako např. diskrétnost, spolehlivost a způsob jakým využívá svou moc. Základním předpokladem pro navázání vztahu s klientem jsou **komunikační dovednosti**, u kterých by měla být verbální i neverbální složka komunikace v souladu.

1.4 Typologie sociálních pracovníků dle přístupu

Banksová (in Matoušek, 2003) rozdělila sociální pracovníky na čtyři typy dle jejich přístupu k praxi. Přičemž jednotlivé typy se mezi sebou často prolínají. První typ je **angažovaný sociální pracovník**, který svůj přístup staví na osobních morálních hodnotách. Sám sebe vnímá jako osobu a až poté jako sociálního pracovníka. Tento přístup může vést k osobním vztahům s klienty, protěžováním některých klientů, anebo k vyhoření. Z tohoto důvodu je důležité pro sociální pracovníky zůstat v institucionálním rámci práv a povinností. Druhým typem je **radikální sociální pracovník**, který stejně jako předchozí typ do praxe přináší osobní hodnoty. Jeho hlavním motivem je změna zákonů v sociální oblasti, které považuje za nespravedlivé. Třetí model je typ **byrokratického sociálního pracovníka**, který striktně odděluje osobní a profesní rovinu, z důvodu manipulace s lidmi v zájmu jejich změny. Posledním typem je **profesionální sociální pracovník**, který je dostatečně vzdělaný ve svém oboru, řídí se etickým kodexem a je ukotven ve své profesní roli. Jeho prioritou jsou práva a zájem klientů, dbá na participaci a individuální vztah s klientem. Model je založený na vyvážené moci mezi sociálním pracovníkem a klientem.

1.5 Role sociálního pracovníka

Sociální role tvoří funkční vzorce chování v určité pozici či situaci, která jsou očekávaná ve společnosti. Role řídí chování člověka skrze očekávání. Pojetí role se dá obměňovat, stejně tak, jako se může měnit vztah k jednotlivým rolím, od naprostého ztotožnění až po odmítnutí. (Buriánek, 1996)

Nečasová (2001) uvádí, že sociální pracovník, jako člověk se svým vlastním etickým kodexem na sebe bere roli profesionála s profesním etickým kodexem a další specifické odpovědnosti a povinnosti, dle typu organizace. Jeho povinnosti k profesi vyplývají tehdy, když se rozhodne stát sociálním pracovníkem. Práva a povinnosti sociálního pracovníka by se měly vzájemně doplňovat.

Sociální pracovník se pohybuje v několika okruzích povinností. Ve vztahu ke klientům, k profesi, k zaměstnavateli a ke společnosti. Práva a povinnosti sociálního pracovníka lze definovat také jako: **zákonná**, která vychází z právního systému, **profesní** vycházející ze členství v profesi a **morální** vycházející z toho, že sociální pracovník ovlivňuje život klienta. „Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Institucionální rámec je důležitý, protože sociální pracovník zasahuje do života klientů a je potřeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní.

Odhaluje také detaily ze života klientů – proto jsou důležitá pravidla, která zajišťují klientům ochranu“. (Nečasová in Matoušek, 2003)

Dle Šimkové (2014) lze na role nahlížet také jako na mnohohrstevnatý, dynamický a proměnlivý proces. Role souvisejí s povoláním a liší se dle místa, času, náplně a druhu práce. Z toho vyplývá, že sociální pracovník nezastává jen jednu roli, ale více, mezi kterými sám určuje, jaká role je v dané chvíli nejvhodnější.

Řezníček (1994) popsal základní role sociálního pracovníka, které se v praxi navzájem prolínají. Prvním typem je **pečovatel** neboli **poskytovatel služeb**, který klientům pomáhá zvládat činnosti, které běžně sami zvládat nemohou. **Zprostředkovatel služeb** navazuje klienty na zdroj pomoci. Zastává funkci informátora a koordinátora péče. **Cvičitel sociální adaptace** posiluje klienta v jeho sociálních a adaptačních dovednostech tak, aby byl schopen řešit své problémy sám. **Poradce nebo terapeut** se snaží klientovi zprostředkovat nadhled nad jeho celkovou situací. **Případový manažer** usiluje o plánování koordinaci a kontinuitu služeb dle klientova stavu a aktuálních potřeb. **Manažer pracovní náplně** plánuje množství a načasování intervence a sleduje kvalitu poskytovaných služeb. **Personální manažer** se stará o pracovníky v zařízení, zajišťuje výcvik, výuku a supervizi. **Administrátor** je vedoucí pracovník, jeho role je především manažerská a plánuje dlouhodobý rozvoj zařízení. Posledním typem je **činitel sociálních změn**, který na sebe bere roli sociálního pracovníka angažujícího se v rámci širšího zájmu klientů.

1.6 Vzdělání sociálního pracovníka

„Vzdělání sociálních pracovníků je spojováno s formováním, směřováním a postavením oboru sociální práce ve společnosti. Pojetí vzdělávání má zásadní vliv jak na výkon sociálních pracovníků, tak na identitu oboru sociální práce. Jeho forma a obsah jsou vždy společensky podmíněny a pojetí vzdělávání je výsledkem vzájemných interakcí mezi společností a dalšími subjekty, jako jsou např. profesní organizace, oborová seskupení či samotní sociální pracovníci.“ (Navrátilová in Matoušek, 2013)

Obor sociální práce souvisí s řadou profesí a oborů, ze kterých čerpá a které naopak ovlivňuje. Sociální práce využívá poznatků z psychologie, sociologie, ekonomie, práva a zdravotní vědy. Liší se tím, že neaplikuje poznatky v ustálených schématech, ale vždy se snaží najít pro každý individuální případ individualizované řešení. (Tomeš, 2012)

Teorie v sociální práci usnadňuje praxi právě proto, že čerpá teoretické poznatky z řady oblastí. Snahou sociálního pracovníka by mělo být čerpat teoretické poznatky z více zdrojů a využívat více teoretických modelů současně. (Gulová, 2011)

Požadavky na odbornou způsobilost upravuje zákon o sociálních službách. Sociální pracovník působící ve zdravotnictví musí navíc splnit podmínky Zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Zdravotně sociální pracovník, který získá akreditaci na MZ ČR získá osvědčení, které ho opravňuje k práci ve zdravotnictví bez odborného dohledu. V oblasti přímé práce s klienty s duševním onemocněním si sociální pracovníci mohou rozšířit své vzdělání formou psychosociálních výcviků nebo výcviku konkrétního psychoterapeutického směru, které ale mohou sociálního pracovníka spíše vést do role terapeuta. (Mahrová, Venglářová 2008)

Kompetentní sociální pracovník je ten, který má pravomoc vykonávat sociální práci a vykonává ji v souladu s profesionální rolí.

„Vymezení profesionální role za pomoci praktických kompetencí nabízí více alternativ, jak profesionální roli postupně dorůstat individualizovanou rychlostí a individualizovaným způsobem (např. za pomoci vzdělávacích a specializačních kursů, supervize apod.)“. (Havrdová, 1999)

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

2.1 Duševní onemocnění

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako: „*stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci či vady.*“ (Kuzníková, 2011) Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobit se životním změnám, měnícímu se prostředí a různým situacím.

Duševní nemoc je útlum, zintenzivnění, ztráta nebo změna psychických funkcí. (Hartl, Hartlová, 2015) Jedná se o stav, který se kvalitativně liší od stavu, kdy je člověk zdravý, pokud se objeví problém s řešením každodenního úkonu a objevují se další symptomy nemoci, člověk se dá považovat za nemocného. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

WHO definuje duševní nemoc jako zjevnou poruchu duševní činnosti, která má natolik specifické projevy, že je spolehlivě rozpoznatelná jako soubor znaků. Svou závažností může způsobit ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení. (Mahrová, Vengářová, 2008)

Duševní onemocnění prostupuje celým spektrem oblastí pacientova života. Ovlivňuje myšlení, prožívání a vztah k sobě samému. Často bývá narušena vůle a motivace. Člověk s duševním onemocněním má problémy ve společenském a pracovním uplatnění, což může vést k sociální izolaci. (Fokus ČR, 2013)

„Lidé s duševní nemocí vykazují deficit, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování, což může být způsobeno buď geneticky, nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí“. (Vander in Matoušek, 2013) Duševní onemocnění má velmi individuální průběh, není mnohdy na první pohled viditelné, a především je zahaleno mnoha mýty a předsudky. (Mahrová, Venglářová, 2008) Na průběh onemocnění má vliv mnoho faktorů a stav onemocnění výrazně ovlivňuje celkové společenské prostředí. (Hausner, 1981)

Klasifikační soustavy rozdělují duševní poruchy podle jejich společných znaků do jednotlivých skupin. Klasifikace nemocí (MKN 10) je soustava kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií. Duševní poruchy jsou označovány kódy, které začínají písmenem F. V současné době se jedná o nejvíce používaný klasifikační systém. Dalším používaným systémem je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize (DSM-IV). Oba systémy jsou si v mnohém podobné, rozdělují duševní poruchy podle jejich společných znaků do jednotlivých skupin. (Praško, 2003)

V aktuální klasifikaci MKN-10 je psychiatrii věnována pátá kapitola.

Poruchy duševní a poruchy chování:

F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F30 – F39 Poruchy nálad, afektivní poruchy

F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatotrofin poruchy

F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

F90 – F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

2.2 Sociální práce s duševně nemocnými

Sociální práce s duševně nemocnými je disciplína, která má svá specifika. „*Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch*“. (Probstová in Matoušek, 2005)

„*Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu. Zdůrazňuje komplexní péči o klienta v souladu s posláním oboru sociální práce a s posláním daného zdravotnického zařízení. Samotná realizace se opírá o teoretickou bázi oboru a dle cílové skupiny klientů je orientována buďto s důrazem na pomoc ke svépomoci a podporu anebo více terapeuticky*.“ (Kuzníková, 2011)

Cílem sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je snaha klientovi zmírnit či odstranit nepříznivé sociální důsledky, které mohou být součástí duševní nemoci. Sociální práce se snaží motivovat klienta k léčbě a ke spolupráci, pomáhá mu překonat nejrůznější obtíže a přispívá ke kvalitnějšímu životu. Komplexní sociální práce by měla odpovídat cílům sociální práce a dané nemoci. (Kuzníková, 2011)

2.3 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné

„Každý sociální pracovník by si měl klást otázku, do jaké míry je schopen vidět a mluvit o psychických problémech klienta. Do širokého systému služeb o duševně nemocné totiž patříme všichni, kdo v pomáhajících profesích pracujeme“. (Mahrová Venglářová, 2008)

Sociální pracovník pracuje s duševně nemocnými na specializovaných pracovištích – v psychiatrické nemocnici, na psychiatrických odděleních nemocnic, v ústavech sociální péče, dále v **léčebných komunitách** a v **komunitních zařízeních**, kam spadají denní stacionáře, krizová centra a centra denních aktivit.

Sociální pracovníci se mohou v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním specializovat v jednotlivých oblastech, kterými jsou: **psychiatrická rehabilitace, případové vedení – case management a psychoterapie** (Probstová in Matoušek, 2005)

Práce s duševně nemocnými klade na sociálního pracovníka vysoké nároky a jeho profesionalita stojí na základech celoživotního vzdělávání. (Mahrová, Venglářová, 2008)

„Vzdělání sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním musí kromě etické praxe (postojů), znalostí a dovedností společných s ostatními členy multiprofesionálního týmu (např. základy psychopatologie, farmakoterapie, vedlejších účinků léků a jejich vlivu na život člověka, znalost metod psychiatrické rehabilitace) obsahovat specifické znalosti, dovednosti a postoje.“ (Probstová, 2008)

Úkolem sociálního pracovníka by mělo být přivést duševně nemocného do systému služeb a následně mu pomoci zvolit služby, které jsou pro něj a případně jeho rodinu vhodné, systémem ho provázet a poté s ním spolupracovat v konkrétních postupech a činnostech sociální práce. Sociální pracovník by měl být především poskytovatelem podpory, měl by klientovi zajistit prostor pro popis své situace a vyjádření pocitů a emocí.

Je důležité, aby znal své místo v celém systému, někdy může koordinovat péči a jindy může být jejím přímým účastníkem. (Mahrová Venglářová, 2008)

Mezi základní činnosti sociálního pracovníka Kutnohorská (2011) řadí: sociální šetření, odborné sociální poradenství, vedení sociální agendy a provádění analytické, metodické a koncepční činnosti, dále se může podílet na depistážní činnosti, krizové pomoci a sociální rehabilitaci.

Sociální pracovník v psychiatrických nemocnicích funguje jako vyslanec mezi pacientem a komunitou. Mapuje zdravotně-sociální potřeby duševně nemocného klienta, sestavuje sociální anamnézu, poskytuje sociálně-právní poradenství, řeší problémy v oblasti finanční, pracovní a bydlení, věnuje se psychoedukační práci a přípravě pacienta na přechod do běžného

života. Zajišťuje následnou péči a možný je též monitoring v domácím prostředí. (Probstová in Matoušek, 2005)

Je nezbytné, aby sociální pracovník porozuměl duševní poruše v jejím celkovém kontextu. Jeho úkolem je individualizovat diagnostický proces, který by umožnil větší prostor psychosociálním faktorům nemoci a předešel tak, přeceňování biologických příčinných faktorů, které vedou k dominanci farmakologické léčby. Sociální pracovník musí získávat informace o klientech a dávat je do souvislostí. Měl by být schopen orientovat se v dokumentaci a rozumět medicínským, psychiatrickým a psychologickým závěrům. (Probstová, 2009)

Sociální pracovník by měl mít na paměti, že: *„Je významné, jakým způsobem o lidech s duševní nemocí mluvíme. To, jaký jazyk používáme, může předznamenat, jakým způsobem budeme člověka s duševní nemocí vnímat a jak s ním budeme pracovat“*. (Vander in Matoušek, 2013)

2.3.1 Sociální šetření

Práce s duševně nemocnými se provádí v několika fázích. Základní metodou je sociální šetření, jenž slouží jako východisko pro vyjednávání a určení cílů. Šetření je kontinuální a dynamický proces, který ke svým analýzám využívá rozhovory, pozorování a mapování. Na základě průběžných analýz dochází k plánování péče a jejímu hodnocení. Šetření probíhá paralelně s intervencemi nebo může být jejich součástí. *„Sociální šetření zahrnuje pozorování interakcí klienta s okolím, popis klientova emočního, kognitivního a sociálního fungování, popis jeho osobních cílů a plánů. Informace o jeho bydlení, o práci, o sociálním a rodinném podpůrném systému (o sociální síti). Sociální historie, další významná součást šetření, je chronologickým záznamem životních událostí klienta.“* (Probstová in Matoušek, 2005) V první fázi sociální pracovník přistupuje k **mapování** situace. Navazuje kontakt s klientem a průběžným pozorováním získává údaje, které dále analyzuje. Následuje stanovení případové diagnózy. Důležitou součástí je popis potřeb a zdrojů klienta. (Probstová, Pěč, 2014) Při navázání prvního kontaktu se sociální pracovník snaží zjistit důležitá fakta z klientova života. Ve druhé fázi dochází k **srovnání a analýze**, kde se analyzují a vyhodnocují získané informace. Ve třetí fázi sociální pracovník sestavuje obsáhlý **popis** klientova případu včetně jeho rodinné anamnézy a popisu širší sociální sítě. **Stanoví „diagnózu“**, která je součástí celkové závěrečné „případové diagnózy“. Následuje **sepsání závěrečné zprávy**. (Probstová, 2009)

2.3.2 Případové vedení – case management

Případové vedení je metoda práce, která umožní pracovat s klienty s duševním onemocněním na základě jejich individuálních potřeb. Zajišťuje koordinaci a vzájemnou návaznost služeb. (Probstová in Matoušek, 2005) Case management zahrnuje navázání kontaktu s klientem, zhodnocení stavu, zprostředkování služby, ukončení práce a zhodnocení. (Venglářová, Mahrová, 2008)

Rozlišujeme několik forem případového vedení. **Klinické případové vedení** je založeno na dlouhodobém vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem, kdy sociální pracovník je sám poskytovatelem služeb. **Sociální případové vedení** klade velký důraz na podporu sociální sítě klienta. **ACT** neboli Assertive Community Treatment je založeno na zastupitelnosti pracovníků pracujících v týmu. (Probstová in Matoušek, 2005)

2.3.3 Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrická rehabilitace pomáhá lidem s dlouhodobým duševním onemocněním zlepšit jejich fungování v komunitě. Zahrnuje mnoho programových modelů a využívá tři hlavní směry, které lze v praxi mezi sebou kombinovat. **Anglická škola** se orientuje především na akceptaci nezpůsobilosti a je využívána zejména u starých lidí. **Losangeleská škola** využívá rozvoj a trénink sociálních dovedností. **Bostonská škola** se zaměřuje na rozvoj dovedností a podporu okolí. (Probstová in Matoušek, 2005) Rehabilitace může být součástí léčebného procesu nebo jen následný doplněk léčby, jenž nepovažuje odstranění či zmírnění příznaků nemoci za účel, ale za prostředek k dosažení rehabilitace nemocného člověka. Rehabilitační programy jsou přínosné především pro pacienty, kteří v důsledku nemoci mají přetrvávající poškození, zhoršené schopnosti a dovednosti pro výkon praktických a sociálních dovedností. Cílem je pomoci duševně nemocným dosáhnout větší samostatnosti a nezávislosti v běžném životě. (Hejzlar, 2014)

Rehabilitace pomáhá duševně nemocným v jejich procesu uzdravy (recovery), Anthony (1993) definuje **recovery** jako hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů a rolí. Nejedná se tedy o uzdravu ve smyslu odstranění fyzických a psychických symptomů nemoci, ale o nový způsob vedení uspokojujícího života i s omezeními, které mohou být dány projevy nemoci. Recovery zahrnuje kompletní života změnu včetně vývoje nového významu a smyslu svého života.

3 PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Psychiatrie je lékařský obor, který se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Psychiatrická péče musí být komplexní, dostupná všem pacientům a musí mít co nejindividuálnější charakter. S důrazem na lidskou důstojnost a ochranu práv nemocných, která jsou blíže specifikována v Deklaraci lidských práv duševně nemocných. (Pavlovský, 2002)

3.1 Historie péče o duševně nemocné

Duševní poruchy provázejí lidstvo celou jeho existencí. První zmínky můžeme objevit už ve Starém zákoně. Postupem času se však výrazně měnil náhled na příčiny a podstatu duševního onemocnění. Dlouhá staletí bylo duševní onemocnění považováno za projev božího hněvu nebo posedlost démony. Toto pojetí duševních nemocí se označuje jako démonologie. (Pavlovský, 2002) Zatímco antika uznávala existenci duševních poruch, středověk v rámci náboženského paradigmatu interpretoval duševně nemocné jako posedlé zlými duchy, což vedlo k exorcismu. Většina duševně nemocných nebyla vydělena ze společnosti a jen minimální počet byl držen ve středověkých špitálech. Velké ústavy pro duševně nemocné začínají být zřizovány státem až koncem sedmnáctého a začátkem osmnáctého století. V těchto velkých zařízeních byli kromě duševně nemocných drženi také mentálně retardovaní, kriminálníci a někdy i chudí. Psychicky nemocní byli často fyzicky omezováni na svých potřebách až na hranici života. Později museli podstupovat drastické somatické terapie a postupně se začaly objevovat také intervence psychologické. Koncem osmnáctého století a výrazně v devatenáctém století se ústavy formují do podoby, která mnohde trvá dodnes. (Matoušek, 1999) Péče o duševně nemocné byla v České republice mimo hlavní proud vývoje medicíny, teprve v polovině 20. století začala více pronikat mezi ostatní lékařské obory. (Praško, 2003)

3.2 Systém psychiatrické péče v ČR

Psychiatrická péče je v České republice realizována vzájemně provázanou soustavou, kterou lze primárně rozdělit na ambulantní, lůžkovou a komunitní. Základními prvky systému jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, které pronikají do oblasti sociálních služeb. (Raboch, Wenigová, 2012)

Lůžkovou péči poskytují převážně psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a samostatná zařízení. Tato zařízení přijímají pacienty k dobrovolné léčbě, nedobrovolné léčbě i ústavní ochranné léčbě. Poskytují taktéž vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely. Psychiatrická oddělení nemocnic poskytují především

krátkodobou akutní hospitalizaci. Akutní lůžková psychiatrická péče je poskytována nepřetržitě 24 hodin. Následná lůžková péče nastává po ukončené diagnostice a nastavené terapii. Lůžková péče může být také specializovaná na určitou diagnózu, věk či způsob léčby.

Z důvodu nedostatečné kapacity psychiatrických oddělení nemocnic pro akutní léčebnou péči, je však poskytována také v léčebnách. Psychiatrické léčebny mají plnit úlohu následné péče, reálně však třetina kapacity slouží k akutním příjmům, které nemají ve smluvním vztahu s pojišťovnami. Kapacita psychiatrických zařízení je předimenzovaná, jelikož v mnoha krajích nefunguje alternativa pro lůžkovou péči. Český systém disponuje daleko větším počtem lůžek, než je standart v zemích Evropské Unie. Velkým problémem lůžkové péče v České republice však zůstává jejich nerovnoměrné rozmístění a pro mnoho pacientů špatná dostupnost. Běžné je také nedostatečné personální vybavení, které je z části následkem zanedbaného financování. Jednotlivé zařízení se velmi kvalitativně i kvantitativně liší.

Ambulantní péče je poskytována psychiatrickými a specializovanými ambulancemi. Prvním kontaktem duševně nemocného bývá všeobecný lékař, který z charakteru své pozice nemůže poskytnout péči na stejné úrovni jako psychiatr. Na doporučení praktického lékaře mohou pacienti docházet do psychiatrických ambulaní a do ambulaní klinických psychologů. Nositelem primární psychiatrické péče je v pravidla ambulantní psychiatr.

Práce mimo ambulance u nás není v zásadě vůbec rozvinuta. Dalším problémem je nerovnoměrné rozložení psychiatrických ambulaní.

Komunitní péče propojuje praktické lékaře, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení nemocnic, krizové služby, denní stacionáře, rezidenční služby a služby psychiatrické rehabilitace. Komunitní péče je v České republice z mnoha důvodů nedostatečně rozvinuta.

Intermediární služby pracují na rozhraní mezi ambulantní péčí a hospitalizací. (Raboch, Wenigová, 2012) Realizují se v krizových centrech, denních stacionářích, chráněných bydleních, centrech denních aktivit, chráněných dílnách, rehabilitačních dílnách, telefonické a online pomoci. (Praško, 2003)

Systém sociálních služeb stojí vedle zdravotních psychiatrických služeb a je regulován zákonem o sociálních službách. Zákon stanovuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevencí sociálního vyloučení. Hlavním posláním je snaha zvyšovat kvalitu života klienta a chránit zájmy společnosti. (Z. č. 108/2006 Sb.)

Mezi služby, které spadají do péče o duševně nemocné, můžeme řadit: pečovatelské služby, podporu samostatného bydlení, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, telefonickou krizovou pomoc, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, služby sociální rehabilitace atd. (Z.č. 108/2006 Sb.)

Služby spadající pod resort Ministerstva zdravotnictví jsou: denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy a komunitní psychiatrické sestry.

Denní stacionáře poskytují denní péči psychiatrickým pacientům. Stacionář kombinuje psychoterapeutický program s léčbou. Mohou být součástí nemocnic a psychiatrických nemocnic nebo mohou být samostatná zdravotnická či nezdravotnická zařízení. Výhodou stacionářů je setrvání pacienta v jeho přirozeném prostředí a nepřerušování vazeb s okolím. Programy umožňují věnovat dostatečnou pozornost psychoterapii a sociální rehabilitaci. (Raboch, Wenigová, 2012) Denní stacionáře mohou být alternativou hospitalizace, jsou ovšem vhodné jen pro určitou část klientů. Mohou sloužit i jako příprava na programy psychiatrické rehabilitace. (Probstová, Pěč 2014)

Krizové služby mohou mít různé formy. Příkladem jsou mobilní krizové týmy a krizová centra. Služba je poskytována prostřednictvím krizové intervence, psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, farmakoterapie apod. (Probstová, Pěč, 2014) **Krizová centra** poskytují pomoc v akutní krizi v nepřetržitém pohotovostním režimu. Mohou poskytovat také telefonickou pomoc. **Krizové mobilní týmy** jsou složeny z psychiatra, psychologa, psychiatrické sestry a sociálního pracovníka. **Komunitní psychiatrické sestry** působí v přirozeném prostředí pacienta a pečují o zdravotní stav pacienta. (Raboch, Wenigová, 2012)

Služby komunitní péče jsou často poskytovány nestátními neziskovými organizacemi. Mají zdravotně-sociální charakter a svým obsahem se můžou lišit. Mezi služby komunitní péče můžeme řadit služby poskytující **podporu v oblasti bydlení, práce a volnočasových aktivit**.

Pod rezidenční služby, které nabízejí podporu v oblasti bydlení můžeme řadit chráněné bydlení, podporované bydlení a domy na půl cesty, specializované domovy důchodců pro lidi s duševním onemocněním, běžné domovy důchodců a ústavy sociální péče. (Raboch, Wenigová, 2012) Určitá skupina pacientů vyžaduje psychiatrické zařízení, jiné skupiny zvládají život v komunitním bydlení, či chráněných bytech. Cílem je dopřát každému, co nejvíce samostatnou formu bydlení, dle jeho zdravotního stavu. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Mezi služby poskytující podporu v oblasti zaměstnání řadíme chráněná pracovní místa, podporované zaměstnávání, tréninkové pracoviště atd. Odměna v chráněném zaměstnávání není žádná nebo jen symbolická. Důležitější je smysluplnost vykonané činnosti. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Služby poskytující podporu v oblasti volnočasových aktivit jsou provozované centry denních aktivit.

Systém sociálních služeb by měl zahrnovat širokou škálu služeb, které jsou cíleně zaměřené na potřeby klientů. Služby by měly být vzájemně meziresortně propojené. Cílem je vytvoření systému, který by působil ve všech sférách. (Mahrová Venglářová, 2008)

3.3 Psychiatrická reforma

Počet duševně nemocných se celosvětově neustále zvyšuje a představuje velkou zátěž pro společnost. V porovnání s evropskými zeměmi je oblast duševního zdraví v České republice dlouhodobě zaostalá. Transformace systému je nezbytná, jako adekvátní odpověď na dlouhodobě zanedbaný stav. Pokud by k reformě nedošlo, dále by se prohlubovalo snižování úrovně poskytované péče v ČR spojené s prodlužováním průměrné čekací doby. Psychiatrická reforma si klade za cíl trvalé zvýšení kvality života všech osob s duševním onemocněním v České Republice. Duševní onemocnění je často pojeno s velkou mírou stigmatizace, která může být příčinou zhoršeného přístupu k péči o celkové zdraví a diskriminace v mnoha oblastech pacientova života. *„Duševně nemocný je vystaven omezením, která na něj klade jeho nemoc, a navíc nese i břímě sociálního hodnocení své choroby. Takové hodnocení má kořeny v kultuře, nerozlišuje mezi jednotlivými případy a přetrvává.“* (Baudiš, Libiger, 2002) Reforma by měla přispět k celkové destigmatizaci oboru a navazující kampaně a projekty by měly pomoci změnit negativní postoje společnosti k duševně nemocným. *„Nejčastějším problémem je právě neporozumění, co to vlastně duševní porucha je, jak se projevuje a jak moc je její průběh neovlivnitelný vlastním rozhodnutím nebo vůlí. Podstatou tohoto neporozumění je dána mylným přesvědčením každého z nás, že sami sobě rozumíme, že máme své nitro i chování pod kontrolou, že rozumíme motivům svého jednání a máme je tedy pod kontrolou. Naprostý opak je však pravdou.“* (Horáček, 2017)

3.3.1 Strategie reformy

Strategii reformy vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR a dokument byl schválen ministrem zdravotnictví v říjnu roku 2013. Za implementaci je zodpovědná Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví. Strategie se stala základním dokumentem pro stávající transformaci psychiatrické péče v České republice.

Záměrem strategie je **naplňování lidských práv** osob s duševním onemocněním. Obecným cílem je **zvyšování kvality života** osob s duševním onemocněním, čehož bude dosaženo skrze naplňování jednotlivých specifických cílů. Strategie je rozdělena do tří základních oblastí, kterými jsou: **formulace strategie** popisující současné potřeby psychiatrické reformy. **Realizace strategie**, která je uskutečňována Národním plánem o osoby s duševním onemocněním a **implementace strategie** zahrnující realizaci projektů, které vedou ke stanovenému cíli. (reformapsychiatrie.cz, 2016)

3.3.2 Současný stav

Česká republika neměla jako jedna z mála zemí Evropské Unie žádný vládní program péče o duševní zdraví, péče a ochrana duševně nemocných je rozvrstvena v mnoha právních normách a dokumentech. Dlouhá léta fungovala bez systémových změn. Zásadním problémem celého systému je dlouhodobé podfinancování oboru, následkem je zastaralý systém, jehož těžiště je převážně v institucích, v psychiatrických nemocnicích/léčebnách, které jsou materiálně a technicky zastaralé. Dlouhodobě dochází k nárůstu počtu pacientů, ale nedochází ke zvýšení počtu lékařů. Lékaři nemají dostatek prostoru na podrobnější komunikaci s pacientem. Většina péče spočívá ve farmakoterapii, další složky léčby chybí, především nabídka psychoterapie je nedostatečná. (Raboch, Wenigiová, 2012)

Současný stav psychiatrické péče je ve srovnání se zeměmi Evropské Unie nevyhovující. Uspořádáním systému má Česká republika nejbližší ke státům bývalého Sovětského svazu a Balkánu, pro které je charakteristická velká koncentrace péče v psychiatrických léčebnách a malé investice do oboru. Český systém má silně institucionální charakter, který není schopný nabízet dostatečnou alternativu pro léčbu pacientů v jejich vlastním prostředí. Rozmístění jednotlivých typů není optimální, péče je v mnoha regionech nedostupná a koncentrovaná na okrajích měst. V systému nefunguje provázanost mezi jednotlivými poskytovateli péče, která by umožnila lepší kontinuitu. Komunitní péči se nepodařilo na našem území z mnoha důvodů dostatečně rozvinout. Celkové zanedbání oboru se projevuje ve všech oblastech. (MZ, 2013)

3.3.3 Konkrétní cíle změn

Komplexní změna systému je náročný a dlouhodobý proces. Změna by měla zasáhnout celkovou strukturu služeb, nastavit novou síť zařízení poskytujících péči a klást důraz na změnu přístupů pracovníků. Výsledkem by měl být vzájemně propojený a koordinovaný systém péče, který bude schopen poskytnout komplexní, kvalitní a dostupnou péči všem lidem s duševním onemocněním. Projekt je rozfázován do několika částí. Jednotlivé fáze zahrnují *tvorbu standardů a metodik, rozvoj sítě psychiatrické péče, humanizaci psychiatrické péče, destigmatizaci a komunikaci, vzdělání a výzkum, legislativní změny, udržitelné financování, meziresortní spolupráci*. (MZ, 2013)

Mezi specifické cíle můžeme zařadit: *zvyšování kvality psychiatrické péče, omezení stigmatizace duševně nemocných i celého oboru psychiatrie, zvyšování spokojenosti uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí, zvýšení efektivity psychiatrické péče, zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování duševně nemocných, zlepšení provázanosti zdravotních a sociálních služeb a humanizaci psychiatrické péče*. (MZ, 2013)

Strategie počítá se čtyřmi základními pilíři, kterými jsou ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny a centra duševního zdraví (dále jen CDZ). Strategie dále doporučuje vybudování CDZ a stacionářů jako součást některých nemocnic. Léčebny a nemocnice by se měly zaměřit na psychiatrickou rehabilitaci. (MZ, 2013)

3.3.4 Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví budou tvořit nový pilíř péče o duševně nemocné. Budou poskytovateli zdravotně-sociálních služeb, poskytující komplexní péči o duševně nemocné. Důležitým charakteristickým rysem je nízkoprahovost a dostupnost. Zařízení mají být umístěna v běžném občanském prostředí a fungovat v nepřetržitém režimu 24/7. Cílem je vybudování 1 CDZ na cca 100 000 obyvatel. CDZ tvoří mezičlánek mezi primární a lůžkovou péčí. Slouží jako prevence hospitalizací a snaží se reintegrovat dlouhodobě nemocné do komunity. Hlavním nástrojem CDZ jsou multidisciplinární týmy, které pracují metodou case managementu, působí v terénu, v přirozeném prostředí duševně nemocných, kde poskytují individualizovanou péči. CDZ fungují pro spádové oblasti, díky čemuž se lépe daří funkční propojení a koordinace služeb. Měly by docílit především většího propojení psychiatrických a sociálních služeb.

Součástí jsou terénní týmy, krizové centrum, denní péče, psychiatrická ambulance, klinicko-psychologické služby a svépomocné programy. (MZ, 2013)

4 KOMUNITNÍ PRÁCE

„Komunita je místo, kde člověk může získat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“ (Hartl, 1997)

Příhodová (in Mahrová, Venglářová, 2008) vymezuje komunitu ve třech kategoriích, definovanou lokalitou, skupinou lidí, které spojují společné podmínky nebo skupinou lidí, které spojuje společný problém.

4.1 Komunitní péče

Komunitní práce je metoda, která směřuje ke změně v rámci určitého společenství. Zapojuje do řešení problémů občany, vede ke sdílení zdrojů a odpovědnosti. Dává lidem možnost ovlivnit to, co se s nimi děje v jejich prostředí. Využívá přístup aktivizace tak, aby lidé byli schopni postarat se sami o řešení svých problémů. Je to univerzální metoda, aplikovatelná na mnoho oblastí. Nejčastěji však v oblasti sociálních a zdravotních služeb.

Komunitní práce u nás nemá z ideologických důvodů dlouholetou tradici. To je také důvod proč rozvoj komunitní práce naráží na limitující podmínky. Počátky rozvoje můžeme datovat do devadesátých let 20. století. První programy, při kterých jsou využívány některé postupy komunitní práce, začaly rozvíjet nestátní neziskové organizace.

S komunitní prací souvisí **komunitní péče**, která směřuje své uspořádání služeb k tomu, aby člověk s určitým hendikepem mohl žít plnohodnotný život ve svém vlastním prostředí. Tento přístup přináší současný trend humanizace a deinstitucionalizace, který je opakem institucionální péče. (Kinkor in Matoušek, 2003) *„Jde o pomoc lidem v konkrétní životní situaci na určitém územním celku bez ohledu na to, zda jde o jednotlivce, skupinu nebo komunitu. Respektuje biologické, etnické, psychologické, kulturní, sociální, ekonomické a ekologické potřeby komunity.“ (Mahrová, Venglářová, 2008)* Komunitní péče má v porovnání s institucionální péčí nesporné výhody. Jako zásadní můžeme zmínit lepší dostupnost péče, nižší náklady na péči a celkovou vyšší kvalitu života duševně nemocných. (Fokus ČR, 2013)

4.2 Komunitní psychiatrická péče

Komunitní přístup v psychiatrii se zaměřuje na prostředí klienta a na podmínky, ve kterých žije. Soustředí pozornost na klientovy předpoklady a silné stránky více než na jeho limity. (Hejzlar in Mahrová, Venglářová, 2008)

Pro komunitní práci je typické, že poskytuje pomoc většímu množství lidí. Klientem není tedy jen jedinec s duševním onemocněním, ale celé jeho společenství a především rodina. Duševní onemocnění má vliv na všechny její členy a každý potřebuje jinou formu pomoci.

Každý člen z rodiny může zároveň s odborníky spolupracovat a pomoci nemocnému. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Komunitní péče využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozeného společenství lidí. (Kalvach in Probstová, Pěč, 2014) Hlavní myšlenkou komunitní péče je využívání přirozených zdrojů pomoci a podpory v komunitě, důraz na posilování silných stránek a partnerství při spolupráci. Hlavním cílem je umožnit duševně nemocným žít, co nejvíce běžným způsobem života a začlenit je do společenství. (Foitová in Probstová, Pěč, 2014)

Výhodou komunitní péče je provázanost zdravotních a sociálních služeb, oproti medicínskému hledisku klade větší důraz na klienta a jeho rozvoj potenciálu. Komunitní péče poskytuje služby i klientům, kteří ji nevyhledávají, působí preventivně a může tak pomoci předcházet hospitalizacím. (Mahrová, Venglářová, 2008)

5 MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

„Týmová práce je základním principem moderní psychiatrické péče.“ (Probstová in Matoušek, 2005)

5.1 Multidisciplinární tým

„Multidisciplinární tým je založen na myšlence spolupráce specialistů a koordinace postupu.“ (Probstová in Matoušek, 2005)

Z mezinárodní zkušenosti vyplývá, že klíčová služba úspěšné transformace služeb spočívá ve specializované mezioborové spolupráci, která je realizována komunitním multidisciplinárním týmem. Multidisciplinární tým zajišťuje komplexní a koordinovanou péči o osoby s duševním onemocněním. Tým je schopen poskytovat ambulantní služby, terénní služby včetně domácích návštěv, krizových intervencí a tzv. domácích „hospitalizací“. (Fokus ČR, 2013) Nezbytnou činností týmu je také asertivní vyhledávání klientů, aktivní oslovování klientů, kteří nejsou v systému péče nebo se v ní nedokáží dostatečně orientovat. Pracovníci se snaží klienta motivovat k další spolupráci, informovat o možnostech a rizicích, které mohou být spojeny s jeho psychickým stavem. Pozornost týmu je zaměřena na celkové prostředí klienta, rodinu, přátelé, pracovní prostředí, což přispívá z velké části k procesu destigmatizace. (Fokus, 2016)

Základním principem dobrého fungování týmu je sdílení kompetencí, znalostí a dovedností. Členové týmu by si měli vzájemně předávat relevantní informace, shodovat se v etických rozhodnutích a hodnotit výsledky týmové spolupráce. (Kuzníková, 2011)

Cílem multidisciplinárního týmu je směřování klienta k celkové úzdavě, postupným procházením fázemi onemocnění a doprovázením ho v procesu zotavování. Každý člen do týmu přináší dovednosti, které jsou charakteristické pro jeho profesi, nicméně určité penzum znalostí by mělo být pro všechny členy společné. Jedná se především o *znalost základních farmakologických, psychologických a sociálních léčebných metod a intervencí, porozumění celkovému systému péče, znalost legislativy, schopnost holisticky hodnotit potřeby klienta, schopnost monitorovat klienta, schopnost vytvořit, udržet a ukončit pracovní vztah s klientem a práce v terénu.* (reformspychiatrie.cz, 2016)

Tým mívá stálé zázemí, nicméně velká část činnosti je prováděna v terénu, v přirozeném prostředí klienta. Tým má definované spádové oblasti a v současné době slouží jako doplňkový mechanismus institucionalizované psychiatrické péče. V budoucnu by se měl stát klíčovou službou poskytující zdravotní a sociální služby. (Fokus, 2016)

Personální zajištění se může lišit dle potřeb klienta a dané komunity. Základ týmu tvoří lékařské profese, psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra, všeobecná sestra, dále sociální pracovník a peer konzultanti. (Fokus ČR, 2013) Každá profese přináší do týmu specifické znalosti a dovednosti a každý člen má svou specifickou roli a kompetence. Psychiatr je garantem zdravotní péče, nese odpovědnost za nastavení postupů v krizi a relapsu onemocnění, důležité je, aby byl integrální součástí týmu, nestačí, aby byl jen externím konzultantem. Psychiatrická sestra provádí vyhodnocení potřeb, hodnotí soběstačnost a rizikové faktory využíváním standardizované ošetrovatelské měřicí techniky. Klinický psycholog pracuje s klienty především formou individuální psychoterapie a poradenství. Peer konzultant slouží jako zpětná vazba z pohledu uživatelů služeb a současně je zapojen do práce s klienty. (MZ, 2013)

5.2 Role sociálního pracovníka multidisciplinárním týmu

Komplexní péče by měla propojovat vzájemnou spolupráci mezi sociálním pracovníkem, klientem, jeho rodinou, organizacemi a členy multidisciplinárního týmu. (Kuzníková, 2011) Sociální pracovník má v multidisciplinárním týmu roli klíčového pracovníka a jeho místo je nezastupitelné. Může zastávat také roli vedoucího týmu. Mezi jeho hlavní kompetence patří: *sociální šetření, sociální poradenství, nácvik sociálních dovedností, mobilizace sociálních zdrojů komunity, práce s rodinou klienta, vyhodnocování potřeb klienta, edukace a pomoc se zajištěním základních finančních potřeb klienta.* (reformapsychiatrie.cz, 2016) Sociální pracovník využívá metodu case managementu pro co nejindividuálnější práci s klienty, pracuje s širším okolím klienta, mobilizuje sociální zdroje komunity a vytváří vhodné prostředí pro inkluzi. (MZ, 2013)

„Sociální pracovník přináší do týmu svou kvalifikaci pro práci s lidskými vztahy a životními podmínkami, které ovlivňují schopnost nemocných naplňovat své životní cíle a uskutečňovat plány nebo které jim opakovaně způsobují problémy.“ (Probstová in Matoušek, 2005)

Specifické postavení sociálního pracovníka spočívá v komplexním pohledu na problém. Samozřejmě se také může věnovat odborné práci s klientem, která spadá do jeho kompetencí, ale sociální pracovník by měl být v týmu tím, který si neustále všímá komplexní situace klienta, má roli pozorovatele celkové situace, kterou mapuje a podává informace ostatním členům týmu, kteří se poté specificky zabývají jednotlivými problémy. (Urban in Janebová, 2013)

Důležitost sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je zřejmá, stále se však můžeme setkávat především ve zdravotnických zařízeních s neakceptací jeho postavení. Pevné postavení a místo v týmu záleží z velké části na osobnosti a schopnostech sociálního pracovníka. Pro úspěšnou týmovou práci je pro sociálního pracovníka důležité, jak ho vnímají ostatní. (Kuzníková, 2011) Sociální pracovník potřebuje ke své práci respekt a sounáležitost s celým profesním týmem. V českém prostředí je běžné, že sociální pracovníci musejí obhajovat svou roli a kompetence. (Urban in Janebová, 2013) Situace je dána tím, že oblast duševního zdraví je dlouhá léta brána za doménu psychiatrie. Ostatní profese byly považovány pouze za spolupracovníky lékařů. Dominantní role psychiatrů, která je nezpochybnitelná ve chvílích ohrožení života, se však může postupně přesouvat i do dalších oblastí pacientova života. Následkem může být nízké sebevědomí sociálních pracovníků, kteří se spokojí se svou podřízenou rolí. Přesto velkou výhodou sociálních pracovníků zůstává podrobnější znalost klienta, celé situace a jeho prostředí, což je nezbytná podmínka pro celkové uzdravení. (Říčan in Hejzlar, 2010)

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o duševní zdraví. Pro konkrétnější vymezení výzkumného záměru, jsem v tomto kontextu stanovila tři specifické oblasti, ke kterým se role sociálního pracovníka vztahuje. První oblast se vztahuje k práci s klientem s duševním onemocněním a zkoumá hlavní náplň práce sociálního pracovníka, druhá oblast se zaměřuje na oblast multidisciplinární spolupráce a zjišťuje postavení sociálního pracovníka v týmu. Třetí oblast se zabývá subjektivním vnímáním profese sociálního pracovníka.

Tabulka č. 1: Tematické okruhy

Role sociálního pracovníka ve vztahu:
k náplni práce s duševně nemocným
k multidisciplinárnímu týmu
k subjektivnímu vnímání profese

6.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jaká je role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o duševní zdraví?

Dílčí výzkumné otázky:

- 1. Jaká je role sociálního pracovníka ve vztahu k práci s duševně nemocným klientem?*
- 2. Jaké je postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu?*
- 3. Jaké je subjektivní vnímání profesní role sociálního pracovníka?*

6.3 Metoda výzkumu

Pro své výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní strategii výzkumu, která umožňuje hlubší poznání a pochopení podstaty zkoumané problematiky. Kvalitativní výzkum umožňuje získat podrobnější informace a dobře reaguje na lokální situace a podmínky. (Hendl, 2016) Na problém se snaží nahlížet v jeho přirozeném prostředí, tak aby docílil komplexní podoby.

(Reichel, 2009) V tomto typu výzkumu má hlavní úlohu výzkumník, jeho výhodou je důkladnější poznání respondentů i hloubky dané problematiky. Na druhou stranu, mohou být výsledky tímto faktorem více ovlivněny. (Hendl, 2016) Mým záměrem bylo získat co největší množství detailních informací od menšího počtu respondentů. Především mne zajímaly osobní postoje a pocity respondentů, díky kterým jsem mohla lépe porozumět zkoumané problematice.

6.4 Výběr výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného souboru jsem zvolila prostý účelový výběr, který dle Miovského (2006) „(...) spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí,“ Pro potřeby výzkumu byly vybráni sociální pracovníci, kteří pracují s duševně nemocnými klienty a jsou součástí multidisciplinárního týmu.

6.5 Technika sběru dat

Hlavní technikou sběru dat byl zvolen vzhledem k cíli práce polostrukturovaný rozhovor. Tato forma je založena na předem formulovaných otázkách, které mohou být kladeny v libovolném pořadí (Hendl, 2016) Metoda je vhodná z důvodu důkladnějšího porozumění dané problematice.

Formulovala jsem si základní schéma rozhovorů, které jsem v jejich průběhu považovala za závazné. Strukturu rozhovoru tvořily tři hlavní výzkumné oblasti, ke kterým se vztahovaly jednotlivé otázky. Otázky byly z důvodu většího prostoru pro odpovědi respondentů otevřené. Snažila jsem se je klást tak, aby na sebe logicky navazovaly a směřovaly ke stanovenému cíli.

6.6 Průběh sběru dat

Výzkumné šetření probíhalo od poloviny března do poloviny dubna 2018. Vybrané respondenty jsem kontaktovala pomocí e-mailu, který byl veřejně dostupný na internetových stránkách. Z dvanácti oslovených sociálních pracovníků souhlasilo s rozhovorem sedm. Po domluvě se pak setkání uskutečnila na jednotlivých pracovištích, v soukromých kancelářích sociálních pracovníků, vždy bez přítomnosti dalších osob. Všichni respondenti byli seznámeni s cílem výzkumu a požádáni o povolení vytvoření audiozáznamu, který sloužil jako hlavní zdroj dat pro kvalitativní analýzu. Po ujištění o zachování anonymity s pořízením audiozáznamu všichni respondenti souhlasili. Z jednotlivých nahrávek byl později vytvořen doslovný přepis.

6.7 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo sedm sociálních pracovníků, kteří pracují s duševně nemocnými klienty v rámci multidisciplinárního týmu. Jednalo se o šest žen a jednoho muže. Všichni respondenti se přímo podílejí na práci s duševně nemocnými klienty a mají praxi s cílovou skupinou minimálně 5 let. Výzkumné šetření bylo prováděno v několika pražských zařízeních, která jako metodu práce využívají multidisciplinární přístup. Konkrétně jde o Psychiatrickou nemocnici Bohnice, Národní ústav duševního zdraví, ESET-HELP a komunitní týmy Fokus. Základní charakteristiky respondentů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 2: Charakteristické znaky respondentů

	pohlaví	vzdělání	praxe	pracoviště
Respondent č.1	žena	Mgr. psychoterapeut. výcvik	15	3.
Respondent č. 2	žena	Dis. psychoterapeut. výcvik	20	5.
Respondent č. 3	žena	Bc. psychoterapeut. výcvik	11	1.
Respondent č. 4	žena	Bc.	12	3.
Respondent č. 5	muž	Bc	5	1.
Respondent č. 6	žena	Bc. psychoterapeut. výcvik	25	3.
Respondent č. 7	žena	Bc. psychoterapeut. výcvik	6	2.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Data byla analyzována pomocí metody vytváření trsů, která slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, například podle rozlišení určitých jevů, místa a případů. Takovýmto procesem se dají získat obecnější, induktivně zformované kategorie. (Miovský, 2006)

7.1 Role sociálního pracovníka ve vztahu k práci s duševně nemocným klientem

Klíčovým tématem první části šetření byla pracovní náplň sociálního pracovníka. Otázky zjišťovaly charakter a rozsah obvyklých formálních i neformálních činností sociálního pracovníka ve vztahu k duševně nemocným klientům. Respondenti byli dotazováni také na obtíže, se kterými se na ně klienti obraceli nejčastěji, na individuální limitující faktory, na problematiku kompetencí, na hlavní přínosy a míru pracovní spokojenosti. Cílem prvního okruhu otázek bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka ve vztahu k duševně nemocným klientům.

První otázka směřovala ke zjištění **stěžejních pracovních činností ve vztahu ke klientovi**. V zásadě všichni respondenti se svými odpověďmi shodovali na hlavní náplni své práce. Za své primární pracovní činnosti považovali mapování sociální situace, zprostředkovávání a koordinaci služeb, poradenství a celkové sociální zajištění. Dále se shodovali na tom, že jejich pracovní činnost je velmi různorodá a každý den se liší dle potřeb klientů. Respondenty 1, 3, 4, 5, 7 byly zmiňovány činnosti, které se zabývaly základní edukací a komunikací s rodinou a institucemi. Respondent 1 uvádí: *„Moje hlavní role spočívá ve zmapování situace a zajištění informovanosti.“* Respondent 2: *„Zaprvé zmapujeme potřeby klienta a zjišťujeme zakázku, co bychom mohli pro klienta udělat. Ve chvíli kdy se jedná pouze o jednorázové poradenství, jsme schopni klientovi poradit nebo navázat na jiné zařízení, spojit klienta se službou, která je pro něj vyhovující. Potřeby klientů jsou velmi individuální, záleží na fázi, v jaké se nachází, na tom, jak dalece spolupracuje s lékařem. Stává se, že pacient nespolupracuje s lékařem, nebere léky. Takového klienta nejdříve musíme motivovat ke spolupráci. Aby měl náhled na své onemocnění a my pak mohli řešit další zakázky.“* Respondent 3 popisuje své stěžejní činnosti takto: *„Já, když vysvětluji pacientům, co tu pro ně děláme, tak říkám, že všechno, to, co už nepatří do náplně doktorů nebo sester. Takže všechno od komunikace s úřady, administrativy, hledání ambulantních psychiatrů až po úplně specifické věci. Zmapujeme jeho situaci, pak zjišťujeme, kdo by mu mohl pomoc z toho jeho okolí, jestli tam je nějaká rodina. Když zjistíme, že ten klient není schopen se o sebe postarat sám, tak hledáme zdroje v rodině, když zdroje v rodině a okolí nejsou, tak nastupujeme s prací my.“*

Vlastně toho ale uděláme vcelku minimum. Zažádáme s ním např. o invalidní důchod, když ta situace tomu odpovídá a třeba ho i doprovodíme, protože nám přijde důležitý, aby když odchází, aby ta žádost byla rozjetá, protože tam pak máme obavy, že by to třeba potom sám neudělal. Dále ho poté nakontaktujeme na někoho dál.“ Respondent 4 jmenuje konkrétní nejčastější záležitosti, se kterými se na něj klienti obraceli. *„Primárně zařizujeme veškeré potvrzení, vyřizování neschopenek, omluvenky pro studenty, pro lidi na úřadu práce, jednání s úřady, vyřizování žádostí o různé podpory.“* Respondent 1 uvádí, že při mapování situace se zaměřuje na oblast: *„rodiny, bydlení, zaměstnání, pracovní neschopnosti, invalidního důchodu, úřadu práce*

Respondenti 2, 5 a 7 uvádějí, že pracují metodou case managementu, mezi stěžejní činnosti řadili koordinaci služeb. Respondent 7 uvádí: *„Pracujeme metodou case managementu, primární je pro nás zajištění služeb a jejich koordinace.“* Respondenti 2, 3, 4, 5 a 7 uváděli nezbytnost zajištění následné péče a začlenění klienta do komunity. Respondent 2 uvádí: *„Naším zásadním úkolem je pomoci klientovi začlenit se do běžného života, do komunity. Do tohoto okruhu spadá rodina, vztahy, zájmové činnosti, bydlení, práce, finance. Jsou to v podstatě běžné věci, které se zdravému člověku daří řešit, tak našim klientům se v té nemoci nedaří je řešit. Například pomáháme klientům najít běžný zájem, něco, co by je bavilo.“* Respondent 7 uvádí: *„Musím často napravovat vzniklé situace, které mohou být pro klienta ohrožující, když má klient vyřízené sociální zajištění, můžeme se zabývat dalšími oblastmi, které jsou nutné pro celkové začlenění klienta do společnosti.“*

Všichni respondenti se shodovali, že část jejich práce probíhá v terénu. Jedná se především o různé vyřizování a doprovody. Také se všichni shodli na nezbytnosti práce s rodinou klienta a jeho okolím, považují to za nezbytnou část své práce.

Většina respondentů vyjmenovávala shodné **situace, se kterými se na ně klienti obraceli nejčastěji**. Byly to požadavky na různé druhy poradenství, dále se jednalo o pomoc při vyřizování podpor a dávek. Respondenti 2, 5, 7 uváděli, že nejčastější obtíže se týkaly finanční situace klienta a bydlení. Dokládá to výrok respondenta 5: *„Nejčastěji se na nás klienti obraceli s problémy s finanční situací a bydlením, například klientovi může hrozit vystěhování na ulici, v takových chvílích pomáháme klientovi situaci řešit.“* Respondent 7 dodává: *„Finanční problémy jsou velmi časté, stává se, že duševně nemocný není schopen starat se o své finanční závazky a potýká se často s dluhy“.*

V další otázce se tazatel ptal „v čem vidí sociální pracovníci **hlavní přínos své práce**.“ Všichni respondenti se shodli, že sociální pracovník je v určitých případech pro klienta nepostradatelný a jeho hlavní přínos spočívá v celkovém existenčním a sociálním zajištění. Respondent 1 uvedl, že hlavní přínos vidí ve vyřizování praktických věcí. Respondenti 2 a 6 se shodli na pomoci při začleňování do běžného života. Respondent 7 uvádí: „*Přidanou hodnotou sociálního pracovníka je to, že klientovi pomáhá zvládat pro jiného běžné věci a nenechá ho ztraceného v tom běžném světě.*“ Respondent 3 a 4 se shodují na tom, že přínos práce sociálního pracovníka se velmi liší, jelikož každý má velmi individuální potřeby a potřebuje v dané situaci něco jiného, nicméně se shodují na významu zajištění následné péče. Respondent 3 uvádí: „*Zajištění následné péče je pro nás primární. Pro klienta je skvělé, když ví, kam se obrátit a že na to nebude sám. Pacientům také zařizujeme například nového ambulantního psychiatra, když žádného nemají. Každý klient, který od nás odchází, tak má zajištěnou ambulantní péči.*“ Respondent 4 říká: „*Důležité je vnímat každého jako jedinečného člověka, a ne jako diagnózu, člověka, který má nějaký sociální zázemí, odněkud přišel a někam směřuje a my tady vymýšlíme, jak to udělat líp, aby se mohl klient vrátit do svého domácího prostředí a co nejlíp tam fungoval.*“ Respondent 5 uvádí, že hlavním přínosem jeho práce je zajištění fungování klienta v běžném prostředí. Dokládá to na následujícím tvrzení: „*Často pracujeme s klienty, kteří nejsou do služby vůbec motivováni, nemají náhled na situaci. My se s nimi snažíme navázat nějaký vztah, nakontaktovat je na služby a pokusit se dát jim jejich život do pořádku, aby mohli dobře fungovat ve společnosti, víceméně jako zdravá část populace, to je náš cíl.*“

V následující otázce se tazatel ptal na **limitující faktory**, které mohou sociální pracovníky omezovat při práci. Otázka omezujících faktorů se do jisté míry velmi shodovala s následující otázkou, která se zabývala časovými možnostmi respondentů, jelikož téměř všichni uvádějí jako největší limitující faktor čas, rozhodla jsem se tyto dvě otázky sloučit do jedné. Respondent 1 k limitujícím faktorům uvádí: „*Ten čas hraje velkou roli. Tempo je tu velmi rychlé. Po víkendu to bývá nejnáročnější. Pondělí je pro mne nejvíce časově náročné, abych to stihla tak mám co dělat, ale potom ty následující dny je to volnější, zvládnout se to musí.*“ Respondent 3 dodává: „*Čas nás v práci určitě omezuje, ale je těžké to hodnotit, s klienty by se určitě dalo dělat daleko více práce, ale my musíme dělat jen to, na co máme kapacitu. S pacientem uděláme nutný minimum.*“ Respondent 5: „*Jestli máme na klienty čas do jisté míry bohužel dost souvisí s personálním zajištěním. Aktuálně hledáme kolegy pro rozšíření našeho týmu. Naše kapacita je naplněna a pokud se ocitne více klientů v krizi, tak je náročné to zvládat. A k tomu administrativní zátěž je velká.*“ Respondent 3 uvádí: „*Dříve mne výrazně trápilo*

málo času na pacienty, teď když mám kolegyni, tak je to lepší. Cítla jsem, že pacient odchází značně nezajištěný, sice dle legislativy bylo vše v pořádku (neschopenka vystavená, potvrzení podepsané), ale bylo mi jasné, že pacient vůbec netuší, co bude po propuštění, kam se obrátit. Pravděpodobně nebude mít takový náhled, nebude vědět po první atace koho všeho kontaktovat, že o něm v jeho okolí nikdo neví, a že to takto není dobře. Teď ve dvou je to lepší, ale na druhou stranu, kdybychom tu byli tři, tak se rozhodně nudit nebudeme. Ale už tak je počet nadlimitní, takže můžeme být rádi, že tu jsme dvě.“ Respondent 6 uvádí: „Čas je někdy problém. Myslím, že vše stíhám, ale zůstávám tu často přes čas, ale to je moje hloupost.“ Respondent 7 vidí výhodu v týmové práci, uvádí, že pokud se nachází více klientů v krizi, můžou se o práci v rámci týmu členové podělit. „Současně se však cítím pod velkým tlakem, když je práce hodně a naše kapacita bohužel není dostatečná. To vnímám jako další limitující faktor při mé práci.“ Většina respondentů se shodla také na tom, že jsou do jisté míry limitovány svou kapacitou, kterou nepovažují za dostatečnou. Respondent 7 uvádí také jako limitující faktor finanční možnosti klienta a rodinnou situaci. „Musím říct, že velmi často se stává, že rodina s nemocným nechce mít nic společného, často dochází k rozvodům a někdy až k celkovému odstranění od celé rodiny, to jsou smutné případy, v takových situacích je sociální pracovník nezbytný.“

Následující otázka byla zaměřena na zjištění **spokojenosti s pracovní náplní a možné změny, které by sociální pracovníci ve vztahu ke své práci uvítali**. Všichni respondenti uváděli, že jsou se svou pracovní náplní spokojeni a ve vztahu ke klientovi by nejspíš nic neměnili. Opakovaly se však odpovědi z předchozí otázky, většina respondentů, by uvítala více času na klienta a posílení personálního zajištění. Respondenti 3, 4 a 5 by z různých důvodů byli rádi, kdyby se jejich zařízení transformovalo na CDZ. Respondent 3 uvádí: „Mám spoustu nápadů na změny a navíc, vždy by se ta práce dala dělat lépe, momentálně mne trápí taková situace, kterou se pokusím stručně popsat. V rámci naší práce s klientem rozběhneme nějaký proces, potom když naše práce skončí, pacient je poslán dál, případně spolupracuje s dalšími službami. Takže v podstatě nevím, jak to s klientem dopadlo, vidím jen ty špatné konce, když se klientovi nepodaří zvládnout situaci a musí se vrátit k nám do zařízení. To mne vede k tomu, že bych byla spokojenější, kdyby tady bylo CDZ, byla bych klidnější v tom, že bych viděla, že je o pacienty i nadále postaráno a mohla bych se na tom třeba i nějak podílet.“ Respondent 5 uvádí: „Ve vztahu práce s klientem bych nejspíš nic neměnil, ale vadí mi velká administrativní zátěž. Dále bych si přál, aby se MZ a MPSV více „kamarádili“. Aby se více sjednotily. Z toho důvodu nastávají absurdity typu že, musíme vést zvlášť zdravotní dokumentaci a sociální dokumentaci. My jako sociální pracovníci například do té zdravotní dokumentace nemůžeme nahlížet, pouze

za přítomnosti zdravotníka, pokud k tomu dá klient souhlas. Sestry musejí vykazovat služby dvakrát, jednou v sociální databázi a podruhé ve zdravotní databázi. Je to zbytečný a zdlouhavý proces. Další věc, která mi přijde absurdní jsou kódy, který mají sociální pracovníci a co se jim do těch kódů nevejde, tak to se jim prostě neproplácí. To znamená, že pokud jde sestra do nemocnice, kontaktovat klienty, které nám tam vytipuje lékař, tak si tu činnost nemůže vykázat a nemá z toho ani korunu. Není možné dvojí vykazování. Jsou to takové hlouposti, kterými nám systém hází klacky pod nohy. Podle mého názoru legislativa není na tu situaci připravená. S tímto názorem se shodovali také respondenti 6 a 7, kterým také vadila malá propojenost jednotlivých rezortů.

Většina respondentů měla jasno ve **svých kompetencích**. Občasná dilemata ve svých kompetencích berou jako součást sociální práce. Respondent 2 k tématu kompetence sociálního pracovníka uvádí: „Já v tom jasno mám, ale v této práci je běžné se s tím potkávat. Při práci můžete vnímat, že děláte něco jako je terapie, že se to ho dotýkáte, ale je důležité včas klientovi říct, že teď vnímám, že zacházíme do něčeho, co do psychoterapie spadá. V tom případě klientovi terapii doporučím. O tématu se s klientem můžu bavit, ale zpracovávat ho klientovi nebudu. Navrhnou možnosti terapie, tím mu můžu pomoci.“ Respondent 3 k problematice kompetencí říká: „V kompetencích jasno mám, ale jsou občas případy, kdy dělám něco, co už do mých kompetencí nespadá. Třeba často je to tak že, klienti jsou velmi nedůvěřiví, a třeba my jsme po dlouhý době někdo ke komu důvěru získají, z toho důvodu se mi stává, že se na mě klienti obracejí i když s nimi už nespolečně pracujeme, protože si v tom běžném světě nevědí úplně rady a já už jsem pro ně někdo, komu důvěřují. Takže z toho potom plyne, že se na mě obracejí a já jim neřeknu ne, ale pomůžu jim i když to v tu chvíli už nespadá do mých kompetencí.“ Respondent 5 zmiňuje zajímavé téma, které se týká kompetencí ve vztahu k rodině nemocného „Myslím, že v tom, co patří do mých kompetencí jasno mám, ale téma kompetencí se samozřejmě objevuje. Problém je například s rodinami klientů, kteří úplně nechápou naši roli a co přesně děláme, pletou si nás například s pečovatelskou službou, s osobní asistencí. V takových situacích je zapotřebí vytyčit si mantinely.“

Dílčí závěr

První oblast byla zaměřena na náplň práce sociální pracovníka ve vztahu k duševně nemocným klientům. Mezi nejčastější činnosti sociálního pracovníka v oblasti péče duševního zdraví patří mapování sociální situace klienta, sociální poradenství, které poskytují jak klientům, tak jejich rodinám. Dále mají na starosti celkové sociální zajištění klienta a pomoc při vyřizování příspěvků a dávek. Většina sociálních pracovníků pracuje formou case managementu a svojí hlavní úlohu vidí v koordinaci jednotlivých služeb, propojování klienta s následnými službami a pomoc při začleňování klienta do běžného prostředí. Klienti se nejčastěji na sociální pracovníky obracejí s žádostí o pomoc s bydlením a financemi. Především s žádostí o pomoc při vyřizování příspěvků a dávek. Za svůj hlavní přínos považují existenční a sociální zajištění klienta, pomoc s praktickými záležitostmi, které klient sám nezvládá a snahu o začlenění duševně nemocných do společnosti. Většina sociálních pracovníků je limitována svými časovými možnostmi a uvědomují si tlak, který je dán nedostatečnou kapacitou. Další limitující faktory představují nepostačující personální zajištění, finanční situace klienta a neochota rodiny spolupracovat. Všichni oslovení respondenti byli spokojeni s náplní své práce, někteří by však uvítali personální posílení svých týmů z důvodu velké časové vytíženosti. Někteří by také rádi přivítali změnu, ve vytvoření nového CDZ v rámci jejich zařízení nebo transformaci na CDZ. Dále se vyskytoval požadavek na větší sjednocení MZ a MPSV v důsledku velkého administrativního zatížení a problematiky vykazování služeb. Téměř nikdo z dotazovaných neměl problém s nevyjasněnými kompetencemi, přestože se s touto problematikou při své práci často setkávají.

7.2 Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárnímu týmu

Druhá oblast se zabývala postavením sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu. Zaměřovala se na celkové fungování mezioborové spolupráce, na multidisciplinární týmy, jejich personální zajištění, uspořádání a pracovní vztahy. Tato oblast byla klíčová pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

Nejprve tazatel zjišťoval, zda vůbec **probíhá mezioborová spolupráce** a zda je **sociální pracovník součástí multidisciplinárního týmu**. Všichni respondenti uvedli, že u nich v zařízení mezioborová spolupráce probíhá a že jsou součástí multidisciplinárního týmu.

Druhá otázka se zaměřovala na konkrétní **fungování mezioborové spolupráce**. Téměř všichni respondenti uváděli, že dobrá spolupráce je klíčový faktor při řešení jednotlivých případů. Všichni ji považovali za nezbytnou a svou práci si bez mezioborové spolupráce nedokázali představit. Také se shodli na tom, že multidisciplinární tým se schází velmi často a veškeré situace společně diskutují. Respondenti, pracující ve zdravotnických zařízeních, se povinně účastnili lékařských vizit i všech porad. Respondent 1 popisuje spolupráci takto: *„Vídáme se každý den ráno na hlášení, které probíhá zhruba půl hodiny a tam se lékaři seznámí s dokumentací s nově příchozích a poté si pročítají sesterské záznamy. Přehled, jak se pacientovi dařilo. V rámci hlášení se mezi sebou o pacientech bavíme a předáváme si informace, poté následuje vizita. Každý den se účastním vizit. Jednou týdně máme vizity primářské, po kterých následuje velká porada.“* Respondent 3 dodává: *„Každý den začínáme práci na oddělení ranní poradou, kde se sejde celý tým a ošetřující lékaři o pacientech referují. Já už tedy do předu trochu vím, můžu si udělat představu, co mě čeká. Často když jdu k pacientovi, tak už o něm mám nějaké informace, co řekl pacient třeba lékaři, protože mají ve své zprávě kolonku sociální anamnéza, kde jsou základní informace zaznamenány.“* Respondent 4 zmiňuje důležitost sociálního pracovníka v rámci mezioborové spolupráce. *„Každý den máme krátkou poradu, kde se o pacientech bavíme. Poté následuje komunita, na kterou jdeme. Vizit se účastním jednou týdně. Ráno se sejdem s primářem, kde se podrobně projdou všichni pacienti. Můžu říct, že je tam sociální pracovník důležitý, psychiatr se na mne často obrací a ptá se, jak to bude s klientem a jeho následnou péčí, zajímají se. Výměna informací mezi námi probíhá a je to velmi důležité, protože například i já potřebuji vědět, kdy s pacientem nemám mluvit, protože je například v těžké mánii a nepodal by mi relevantní informace.“* Respondent 1 také zmiňuje význam sociálního pracovníka, jako někoho, kdo může získat od klienta velké množství důležitých informací. *„V získání informací je klíčový přístup, protože v podstatě chcete po tom člověku informace z jeho intimního života, do kterých vám*

prakticky nic není. Ty informace si pak v rámci týmu předáváme, protože třeba tyto informace mohou s nemocí souviset neboli nepříznivá sociální situace může ovlivňovat stav pacienta, například nedostatek finančních prostředků, samota. To může být velmi těžko zvládatelná situace, když se dostane ještě do zdravotních obtíží. Jedno ovlivňuje druhý. V rámci celkového holistického přístupu je nezbytný tým, kde má každý svou roli a kompetence“. Respondenti 2, 5, 7 se shodují, že je nezbytné, aby klient znal více členů týmu, minimálně však dva. Respondent 5 uvádí: *„Porady slouží kromě koordinačních věcí také k diskuzi nad klienty. Současně by si všichni členové týmu měli pročitat dokumentaci, aby měli přehled o všech klientech a byli v obraze. Každý klient má svého klíčového pracovníka plus zná další dva z týmu, ideálně by měl znát všechny. Ohledně klientů probíhá intervize mezi pracovníky. Každý klíčový pracovník si může přizvat další pracovníky a tu situaci nasdílet.“* Většina se také shoduje na tom, že klient by měl mít možnost obrátit se na kohokoliv v rámci týmu, proto by měli být všichni klienti pro tým společní.

V **personálním zajištění multidisciplinárního týmu** se téměř všichni respondenti shodovali. Za nezbytnou součást týmu považovali psychiatra, psychologa, zdravotní sestry a sociální pracovníky. Respondent 6 uváděl, že členem multidisciplinárního týmu může být také arteterapeut a farmakolog. Respondent 3 uváděl také jako člena týmu ergoterapeuta. Nikdo z respondentů neměl v rámci multidisciplinárního týmu peer konzultanta.

Další otázka zjišťovala uspořádání multidisciplinárního týmu, **kdo je vedoucí multidisciplinárního týmu a kdo je přímý nadřízený sociálního pracovníka**. Odpovědi na tuto otázku se značně lišily, v každém týmu to bylo odlišné. Respondenti 1 a 6 měli jako hlavní nadřízenou vedoucí sociální pracovníci, v rámci multidisciplinárního týmu byl však vedoucí lékař. Respondenti 2, 5 a 7 byli vedoucími multidisciplinárních týmů a jejich nadřízený byl vedoucí zařízení. Respondenti 3 a 4 uváděli za své nadřízené vrchní sestru a za vedoucího týmu uváděli lékaře.

Další otázka směřovala ke zjištění **pracovních vztahů v rámci multidisciplinárního týmu a jejich důležitosti**. Všichni respondenti byli spokojeni se vztahy v pracovním týmu a považovaly je za klíčový prvek fungující spolupráce. Respondent 1 uvádí: *„My máme štěstí, myslím si, že je to tím, jak je to zátěžový oddělení. Kdyby tady ty vztahy nefungovaly, tak je to velká zátěž pro zaměstnance.“* Respondent 2 uvádí: *„U nás v týmu velmi dobré a musím říct, že je to zásadní. Při takto náročný práci, musím vědět, že se můžu spolehnout na své kolegy. Vím, že se tady můžu cítit bezpečně a dobře. Bez toho si nedokážu představit, že by se ta práce dala dělat, ta vztahová rovina by měla být dobře nastavena a myslím si, že to je jedno*

z nejdůležitějších při této práci.“ Respondent 3 dodává: „Za mě můžu říct, že tým je něco, co mě tu velmi drží. Vztahy máme přímo nadstandartní. Pro mne je velká radost sedět na těch poradách a slyšet, že opravdu všem jde o to, aby těm lidem bylo líp.“ Respondent 5 uvádí: „Já myslím, že v celku dobré. Samozřejmě vždy by situace mohla být lepší. Je to velmi důležité a myslím si, že je to důležitější než v jiných službách.

Další otázka se zaměřovala na **subjektivní vnímání svého postavení v rámci multidisciplinárního týmu** a zda se cítí být jako **sociální pracovník rovnocenným členem týmu**. Většina respondentů se shoduje na tom, že se cítí být rovnocennou součástí týmu, vždy mají prostor se k situaci vyjádřit a jsou vyslechnuti. To dokládá tvrzení respondenta 3 a 4 *„Tady opravdu sociální pracovníky respektují, berou je jako součást týmu.“* Respondent 4: *„Ano vnímám, že tu jsem všem rovnocenná. Opravdu tady cítím svoje pevné místo, ale myslím, že naše pracoviště je v tomto směru ojedinělé. Za to jsem tady hrozně ráda.“* Někteří respondenti uvádějí, že sociální pracovníci mívají historicky dané podřazené postavení, nicméně se shodují na postupném zlepšování situace. Respondent 1 a 5 uvádějí jisté, tendence, které mohou vést k nadřazenosti jednotlivých členů týmu. Respondent 1 uvádí: *„Historicky sociální pracovníci byli bráni podřadně. Když jsem tady začínala, tak jsem to tady cítila, protože teď cítím, jak se to zlepšuje. Tím, jak nastoupila nová vedoucí sociální pracovnice, tak mám pocit, že se to vylepšilo, změnu cítím. V rámci své práce dělám, co mám dělat a obhajuji si to, ale nedělá mi to problém. Ale určitě, v tomto směru tam rezervy jsou.* Respondent 5 uvádí: *Ano, myslím si, že mám rovnocenné postavení. Tendence k tomu, aby měl dominantní roli psychiatr tady ale jsou. Vnímám, že to občas funguje u člověka jako autocenzura. Všímám si toho, že třeba říkám něco jiného, když není přítomný doktor. Vnímám, že atmosféra se změní, když je lékařů na poradě víc. Ale na druhou stranu nemám problém nadnést nějaké téma a oponovat třeba v rámci porad. To tady není problém a jsem vnímána jako rovnocenná.“* Respondent 7 uvádí: *„Za součást týmu se považuji, mám možnost vyjádřit se k jednotlivým případům, diskutovat s lékaři, jsem vyslechnuta, ale bohužel si myslím, že psychiatr má hlavní slovo ve všem i v případech, které si myslím, že spadají spíše do kompetencí sociálního pracovníka“* Respondent 3 uvádí: *„Ctím, že lékaři mají hlavní slovo, ale zároveň se cítím jako plnohodnotný člen týmu. Ano, považuji se za rovnocenného člena týmu, i všichni v týmu mne tak vnímají. Pokud se stává, že neznám například nějaký odborný termín, tak se zeptám. Ale opravdu vidím, že lékaři o každém případě přemýšlejí jako o konkrétním člověku, a ne jako o diagnóze, to je pro mou práci důležité.*

Respondenti se shodovali, že v jistých situacích **se podílejí na rozhodování**. Většina respondentů uváděla, že se na rozhodování podílejí, ale záleží na tom v čem.

Respondenti 1, 3 a 4 se shodují, že se na rozhodování podílejí, ale že hlavní slovo má ošetřující lékař. Respondent 3 uvádí: „Vždy dochází k nějakému konsenzu, ale hlavní slovo má ošetřující lékař. Je také šikovnější, když píšu nějakou zprávu, tak když je tam podepsaný lékař, takže to s ním prodiskutuji a dám mu to k podpisu. Ctím hlavní slovo lékaře.“ Respondent 4 uvádí: „Ano podílím, ale je jasné, že hlavní slovo při rozhodování má vždycky lékař, ošetřující lékař nebo vedoucí lékař. Já ty věci mapuji, ale žádný krok nedělám bez porady s lékařem.“ Respondent 5 uvádí: „Ano, záleží ale jak v čem. Nejčastěji se rozhoduje o přijetí nového klienta do týmu a ukončení služby. Pokud jde o běžná rozhodování, tak má zodpovědnost za rozhodování klíčový pracovník, pokud se jedná o závažnější rozhodnutí snažíme se věc prodiskutovat společně s lékařem.“

Dílčí závěr

Všichni oslovení respondenti byli součástí multidisciplinárního týmu. Kromě sociálních pracovníků je běžnou součástí týmů také psychiatr, zdravotní sestry a psycholog, někteří respondenti zmiňovali také ergoterapeuta, arteterapeuta a farmakologa. Všichni uváděli, že se účastní povinných porad, které se konají minimálně jednou týdně. Na poradách probíhá společná diskuze. Sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních se také povinně účastní vizit, kde zastávají důležitou roli, především v mapování sociální situace, přípravě klienta na přechod do běžného prostředí a v zajištění následné péče. Každý tým funguje trochu jinak, má jiné uspořádání. 3 ze 7 týmů vedou přímo sociální pracovníci. Vztahy v týmu jsou považovány za jednu z nejdůležitějších podmínek dobré mezioborové spolupráce. Všichni byli spokojeni se vztahy v týmu a považovali je často za nadstandartní. Považují se za rovnocenné členy týmu, někdo však s drobnými výhradami. Převážně ve zdravotnických zařízeních musejí sociální pracovníci svou pozici stále obhajovat. Většina respondentů se podílí na rozhodování, závěrečné slovo však náleží lékaři.

7.3 Role sociálního pracovníka ve vztahu k subjektivnímu vnímání vlastní profese

Třetí oblast si klade za cíl zjistit, jak sociální pracovník subjektivně vnímá svou profesi, v čem vidí svou nezastupitelnou roli a zda je pro něho toto povolání stresující.

Na otázku zjišťující **subjektivní vnímání profese sociálního pracovníka**, většina uváděla, že se cítí ve své profesi dobře nebo neutrálně a nesetkává se s negativním přístupem ke svému povolání. Respondenti 1 a 2 a 7 uváděli zajímavý poznatek, kdy jim k lepšímu vnímání vlastní profese pomohl psychoterapeutický výcvik. Respondent 1 uvádí: *„Já se cítím ve své profesi dobře. Možná je to tím, že to mám zkombinované ještě s tou psychoterapií. Na část úvazku jsem dělala terapeuta. Psychoterapii se věnuji soukromě, ale hrozně ráda se vracím k sociální práci, která je praktická a člověk vidí hned za sebou výsledek.“* Respondent 2 dodává: *„Ve své profesi se cítím dobře, nesetkala jsem se s tím, že by třeba někdo nebral sociálního pracovníka vážně. Pokud se objeví nějaká tenze, tak se to řeší na supervizi, ale moc často v tomto směru k tomu nedochází. Nikdy jsem se nesetkala s tím, že by naše práce byla vnímána jako něco, co by mělo být jinak, jiným směrem. Já osobně mám pocit, že za mě byl zásadní psychoterapeutický výcvik. Bylo to pro mne užitečnější než vystudovat školu sociálního pracovníka. Je to nedílná součást této práce. Sice to není podmínka pro tuhle práci, ale mám pocit, že to nás v týmu posunulo úplně do jiných dimenzí. Je to úplně jiná rovina, něco jiného je teorie a praxe. Ve chvíli, kdy jako pomáhající profesionál spolupracuji na posuzování úrovně psychických problémů nebo psychiatrických diagnóz a jejich řešení, tak bez toho, aniž bych si já prošla nějakou osobní zkušenostní formou terapeutického výcviku, tak těžko můžu předávat nějaké zkušenosti, mám jenom teorii. To je to, co si myslím, že je hodně stěžejní, vnímám to, jako největší posun. Pak tedy zjistíte, že ani ten výcvik není všemohoucí a furt jste na začátku a furt se učíte. Pořád je se co učit, člověk musí být v tomto ohledu hodně pokorný.“* Respondent 7 uvádí: *„Musím říct, že v roli sociálního pracovníka se necítím zcela dobře, někdy cítím takový konflikt. Stále cítím ze společnosti, že to není úplně dobře přijato a prestiž tohoto povolání není určitě moc dobrá. V současnosti procházím psychoterapeutickým výcvikem, což mi hodně pomáhá při práci s klienty, ale také mám lepší pocit ze své pracovní role. Je to zvláštní, ale cítím, že psychoterapeut má daleko lepší postavení než sociální pracovník. Takže ano, s vnímáním mé profese trochu bojuji.“* Respondent 3 a 4 se shodují na kladném prožívání své profese, ale vadí jim pojmenování sociálního pracovníka. Respondent 3. *„Jméno, nebo pojmenování sociálního pracovníka nemám ráda, ale pocitově jsem s tou profesí spokojena a jsem s tím v pohodě.“* Respondent 4 se shoduje *„Pocitově se v roli sociálního pracovníka cítím*

dobře, ale vadí mi pojmenování sociální pracovník. Ten název je strašný. Ten název je tak zvláštní a nespecifický. Co si má pod tím člověk představit? Pro klienty je to oslovení náročné. Kolikrát ani nevědí, jak nás oslovit. Někdy říkají paní sociální pracovnice, někdy sestřičko sociální. Nejčastěji mi říkají sestřičko, nebo příjmením.“

V respondentovi 5 a 7 vyvolává role sociálního pracovníka nespecifické pocity. Respondent 5 uvádí: *„Profesi sociálního pracovníka vnímám neutrálně. Vyvolává to ve mně neutrální pocity. I když chápu to vnímání společnosti, když se řekne sociální pracovník, tak to vyvolá spíše negativní pocity. Tuhle naši činnost si pod tímto pojmem moc nikdo nepředstaví. S tím trošku někdy bojuji, když řeknu sociální pracovník, tak oni už mají ty předsudky, že to je někdo z OSPODU. Vadí mi trošku ty zkreslené představy a já pak musím vysvětlovat, že to tak úplně není. Pojmenování sociální pracovník mi nevadí, ale více se mi líbí termín pomáhající profesionál, pod tím si pro jistotu nepředstaví nikdo už vůbec nic, ale to si myslím, že je lepší. Ale je pravda, že termín sociální pracovník je tady moc zdevalvovaný z minulého režimu, myslím si však, že je to na ústupu a vnímání profese je trochu lepší.“* Respondent 6 uvádí: *„Já jsem na to, že jsem sociální pracovnice dokonce pyšná, už si nedokážu představit, co jiného bych dělala po tolika letech v oboru. Ta práce mne baví, především v tom, jak je každý den jiná.“*

Předposlední otázka směřovala ke zjištění, do jaké míry je **profese sociálního pracovníka stresující**. Respondenti 1, 6 a 7 považují své povolání za stresové. Respondent 1 uvádí: *„Někdy jo. Někdy je práce stresující, hlavně když je toho moc. Ale to není pořád a zároveň je to něco, co mě na práci baví. Je to lehký adrenalin.“* Respondent 6 uvádí: *„Někdy je to stres, někdy je toho fakt hodně. Stres je v tom, že práce je hodně a nemůžete být všude.“* Respondent 7 dodává: *„Já svou práci za stresovou považuji, ten nápor je velký, hlavně ten tlak, aby se vše stihlo. Zároveň neumím odcházet z práce s čistou hlavou, případy klientů, mne trápí i doma.“* Respondenti 2, 3, 4 a 5 své povolání za stresové nepovažují nebo jen do určité míry. Respondent 2 uvádí: *„Povolání pro mne stresové není! Mám to zpracovaný, znám své priority a vím, že na prvním místě jsem já. Dokážu odhadnout, kam to můžu nechat zajít. Víím, jaké jsou hranice, a to se také učíme v rámci týmu. V týmu se můžeme upozorňovat na to, že už nějaká situace může zacházet dál, než chcete a můžete to kolegovi předat. To je výhoda týmu, nejste na to sama. Nemusíte se nechat vystresovat a nemusíte se nechat vyčerpat. S tím nám pomáhá supervize a dobrý tým.“* Respondent 3 uvádí: *„Stresující ani ne po těch letech. Nemám tu žádné obavy, cítím se tu bezpečně. Jediný, co je moje téma, je, že si ty příběhy nosím domu, že o tom přemýšlím, v noci se budím a říkám si, co bych s tímhle pacientem mohla udělat... jak bych to*

mohla udělat lépe. Tak někdy si říkám, že bych toužila po tom, zavřít ty dveře a nechat to tam, ale neumím to. To je jediný v čem mne to trochu stresuje.“

Poslední otázka zjišťovala odpověď na dotaz „v čem vidíte jako sociální pracovník **svou nezastupitelnou roli?**“ Respondenti se shodovali, že jejich hlavní role je zprostředkovávání služeb, koordinace, a především zajištění následné péče. Dále se též shodovali na poskytování nejrozumnějšího poradenství a edukace. Respondent 7 uvádí: *„Svůj hlavní přínos vidím v roli poradce a case managera, že se na mne může klient obrátit s čímkoliv ve chvílích, kdy neví, za kým jít, přínos mé práce vidím hlavně v jakési komplexnosti, která se nezabývá jen jednou stránkou klientova života jako většina ostatních oborů, ale snaží se nazírat na každou situaci z co nejširšího pohledu a dokáže propojovat jednotlivé oblasti, které mezi sebou nemusí ani na první pohled souviset. Podobnou roli cítím i v multidisciplinárním týmu, už jen proto, že principy multidisciplinárního týmu a sociální práce jsou si v ledasčem blízké.* Respondent 5 dodává: *„Myslím, že role sociálního pracovníka vychází především z toho, že se jedná o pomáhající profesi.“* Respondent 1 uvádí: *„Svou hlavní roli vidím v tom, že se snažím ovlivnit sociální situaci klienta tak, aby neměla negativní dopad na nemoc.“* Respondenti 1, 6, 7 se domnívají, že duševní nemoc je úzce spojena se sociální situací klienta. Sociální pracovníci hrají zásadní roli v tom, že dokáží zajistit sociální situaci tak, aby mohla pozitivně ovlivňovat zdravotní stav klienta. Respondent 7 dodává: *„Vždy se snažím pozitivně ovlivnit sociální situaci klienta tak, aby neměla negativní dopad na zdravotní stav. Snažím se též o plný návrat klienta do jeho prostředí.“*

Dílčí závěr

Většina respondentů uvedla, že se cítí dobře ve své profesní roli, 3 ze 7 respondentů se cítí neutrálně. Nicméně byly často zmiňovány nedostatky, které respondentům znemožňovaly plně se identifikovat s identitou sociálního pracovníka. Dle vyjádření některých respondentů je povolání historicky devalvované. Zkreslené představy o profesi se běžně vyskytují v osobním i profesním okolí sociálních pracovníků. Současně bylo upozorňováno na postupné zlepšování této situace. Objevovala se také dilemata týkající se profesního pojmenování sociálního pracovníka ze strany klientů. Respondenti zmiňovali, že klienti mají často problémy s jejich oslovováním. Zajímavé bylo zjištění, že některým respondentům pomohl k pozitivnímu vnímání vlastní profese psychoterapeutický výcvik. Vnímání profese sociálního pracovníka jako stresového povolání se značně lišilo. Pro některé respondenty je průběžným zdrojem stresu a tlaku, někteří necítí stres vůbec. Jako svoji hlavní kompetenci a zásadní klientský přínos vnímá většina respondentů realizaci širokého spektra sociálního poradenství, zprostředkovávání komunitní péče, především konkrétních služeb v závislosti na individuální situaci klienta a jeho celkovou společenskou aktivaci či stabilizaci. Vlastní jedinečnost vidí respondenti především v adresném komplexním působení na sociální situaci klienta, která je v oblasti péče o duševní zdraví vždy úzce spjata se zdravotním stavem a vyžaduje individualizovaný komplexní přístup.

8 DISKUZE

Bakalářská práce si kladla za cíl popsat roli sociálního pracovníka v oblasti péče o duševní zdraví. Výzkum byl zaměřen na sociální pracovníky, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu a pracují s duševně nemocnými klienty. V současné době probíhá v České Republice psychiatrická reforma, která má své těžiště právě v multidisciplinárním přístupu. Ačkoliv se již touto metodou v mnoha zařízeních pracuje, není to stále standardem. Multidisciplinární týmy u nás nemají dlouhou tradici, proto je jejich fungování rozdílné. Zajímalo mne, jakou mají roli v multidisciplinárním týmu sociální pracovníci právě v procesu transformace. K popisu role byly stanoveny tři základní okruhy, které se blíže zabývaly rolí sociálního pracovníka ve vztahu k duševně nemocnému klientovi, jeho postavením v multidisciplinárním týmu a subjektivním vnímáním profese.

Kvalitativní metoda výzkumu zjišťovala postoje sociálních pracovníků. Výzkum byl prováděn se sedmi respondenty v pěti různých pražských zařízeních. Z důvodu hlubšího poznání dané problematiky a s cílem srovnání jednotlivých multidisciplinárních týmů, jsem se snažila obsáhnout co nejširší spektrum zařízení.

První výzkumný okruh se zaměřoval na hlavní pracovní roli sociálního pracovníka ve vztahu k duševně nemocným klientům. Mapoval pracovní náplň sociálního pracovníka. Z provedeného výzkumu vyplynulo široké spektrum činností, které spadají do oblasti náplně práce. V praxi se tyto činnosti odvíjely nejčastěji od aktuálních potřeb klientů. Mezi nejfrekventovanější patřilo poskytování poradenství, mapování sociální situace, sociální zajištění, zprostředkování služeb a zajišťování následné péče. Z toho lze vyvodit, že sociální pracovníci ve vztahu ke klientům vykonávají nejčastěji roli poradenskou, zprostředkovatelskou a roli case managerů. Role sociálních pracovníků se také lišila dle povahy zařízení. Ve zdravotnických zařízeních měli sociální pracovníci roli poradce a zprostředkovatele následné péče, v komunitních zařízeních spíše roli poskytovatele služeb a case managera.

Získané výsledky se shodovaly s novým rozdělením kompetencí pracovníků v multidisciplinárním týmu, které popisuje strategie psychiatrické reformy takto: „(...) *sociální pracovník provádí sociální šetření, sociální poradenství, pracuje s celou komunitou, vytváří prostředí pro inkluzi klientů do podmínek běžného života. Zařizuje pro klienta potřebné sociální zázemí (bydlení, sociální dávky) a pracuje s rodinou klienta. Pomáhá klientovi při adaptaci na životní podmínky, změněné duševním onemocněním a podporuje klienta v jeho vlastním rozhodování.*“ (reformapsychiatrie.cz, 2017)

Druhý výzkumný okruh byl zaměřen na postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Sociální pracovníci ve většině případů vnímali své rovnocenné postavení a cítili se být nedílnou součástí týmu. Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu do jisté míry souviselo s povahou zařízení. Ve zdravotnických zařízeních není postavení sociálního pracovníka v týmu stabilně ukotveno a sociální pracovník cítí potřebu si své postavení obhajovat, převážně tak zastává roli poradce. Na rozhodování se částečně podílí, ale každý krok konzultuje s lékařem. V komunitních týmech, kde je sociální pracovník vedoucím týmu, je jeho postavení významnější a zastává hodnotnější roli. Především roli vedoucího týmu a case managera. Dle poznatků vyplývajících z daného okruhu lze také odpovědět na hlavní výzkumnou otázku. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu se lišila dle charakteru zařízení, kde byla vykonávána. Ve zdravotnických zařízeních je možné roli jasně definovat jako poradenskou, zatímco v komunitních týmech sociální pracovník zastával roli case managera a často i vedoucího týmu.

Ve všech navštívených zařízeních se sociální pracovník účastní diskuzí, navrhuje postupy řešení a nebojí se podělit o svůj názor, je respektován ostatními členy týmu a také se na něj ostatní členové týmu obracejí o vyjádření, které může být využito při rozhodování. V rozhodování se tým snaží dojít k určitému konsenzu, nicméně poslední slovo náleží lékařům. Sociální pracovníci považují multidisciplinární přístup za klíčový princip naplňování komplexních potřeb duševně nemocných osob.

Výsledky zkoumání o fungování multidisciplinárního týmu se shodovaly se strategií reformy, která uvádí, že multidisciplinární tým by měl být schopen poskytnout pomoc ve všech potřebných oblastech klientova života, které zahrnují celkový zdravotní stav, bydlení, práci a sociální a společenský status. *„Multidisciplinární tým je složený z odborníků, kteří mohou ovlivnit kvalitu života duševně nemocných, pracuje společně ku prospěchu konkrétního klienta. Členové týmu se pravidelně setkávají, sdílejí informace o potřebách klientů a společně řeší jejich životní situace.“* (MZ, 2013)

Nicméně z výzkumu vyplynuly také nedostatky systému psychiatrické péče, které pocítují samotní sociální pracovníci. Jedná se především o velké zatížení jednotlivých zařízení. Za nejzásadnější limitující faktor práce sociálních pracovníků bylo shledáno nedostatečné personální zajištění, což vede k nedostatečné kapacitě a omezeným časovým možnostem. Strategie reformy uvádí: *„Pro zajištění péče o stále se rozrůstající skupinu lidí s duševním onemocněním je jedním z klíčových faktorů počet odborníků, ať už v lékařských nebo nelékařských povoláních. V celkových počtech pracovníků v jednotlivých oborech a povoláních*

péče o lidi s duševním onemocněním vztažených na počet obyvatel se pohybujeme pod průměrem hodnot zemí OECD.“ Pro úspěšnou realizaci reformy se počítá s navýšením počtu pracovníků. Někteří respondenti také zmiňovali, že by uvítali změnu na CDZ nebo alespoň vytvoření nového CDZ jako součást stávajícího zařízení. Slibují si snadnější koordinaci a provázanost služeb, zajištění následné péče, návaznost na sociální oblast a lepší dostupnost péče. Vznik nových CDZ pokládá metodika strategie reformy za klíčové opatření.

Sociální pracovníci se také potýkají s problémy, které jsou zapříčiněné nedostatečnou provázaností jednotlivých rezortů. Důsledkem je např. povinnost dvojího vykazování služeb a velké administrativní zatížení. Reforma si klade za cíl nastavení takových opatření, které by vedly k dosažení efektivní spolupráce mezi jednotlivými složkami státní správy a územní samosprávy. (MZ, 2013)

Veškeré nedostatky systému byly popsány také Rabochem a Wenigovou v Mapování stavu psychiatrické péče (2012), což dokládá význam a neodkladnou potřebnost reformy psychiatrické péče.

Třetí výzkumná oblast se zabývala rolí sociálního pracovníka z hlediska subjektivního vnímání vlastní profese. Z poznatků vyplývá, že sociální pracovníci se cítí ve své profesní roli dobře a jsou si vědomi své nezastupitelné role. Svou hlavní roli definují jako roli case managera, poradce a zprostředkovatele služeb. Vlastní přínos vidí především v komplexním působení na sociální situaci klienta, která je úzce spjata se zdravotním stavem a vyžaduje adresný přístup.

Dilemata, která se objevovala, byla spojována se zkreslenými představami o profesi sociálního pracovníka ve společnosti. Rozporuplné vnímání profese sociálního pracovníka v osobním i profesním okolí může vést k nízkému profesnímu sebevědomí, což se dle mého názoru potvrdilo zjištěním, že sociálním pracovníkům k lepšímu vnímání vlastní profesní role pomohl psychoterapeutický výcvik.

Výzkum byl sondou do současného fungování multidisciplinárních týmů v oblasti péče o duševní zdraví a přinesl překvapivě pozitivní výsledky. Všechny týmy uplatňovaly multidisciplinární přístup v celé jeho podstatě. Mezioborová spolupráce byla na výborné úrovni, týmy uplatňovaly základní principy multidisciplinárního přístupu, uznávaly sociální pracovníky jako nezbytnou součást týmu a přikládaly jim důležitý význam. Převážně ve zdravotnických zařízeních však zůstávají rezervy, jak ve vnímání sociálního pracovníka, tak v jeho postavení. Výzkum přinesl odpověď na hlavní otázku, která zjišťovala roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o duševní zdraví. Definování role se do

jisté míry lišilo dle povahy zařízení. Ve zdravotnických zařízeních byl sociální pracovník spíše poradcem a v komunitních týmech case managerem a vedoucím týmu.

Úkolem sociálního pracovníka v multidisciplinárních týmech je, být poradcem duševně nemocným v širokém spektru oblastí a case managerem, který zajistí propojenost a koordinaci jednotlivých služeb, které jsou pro duševně nemocného člověka nezbytné.

Získáním více respondentů a rozšířením výzkumu mimo Prahu by jistě mohlo dojít k širšímu pohledu a získání hodnotnějších informací. Limitujícím faktorem rozhovorů byly časové možnosti respondentů. Na každý rozhovor byl vyměřen čas půl hodiny, což jistě není zcela dostatečná doba pro hlubší analýzu dotazované problematiky. Za zajímavé považuji porovnání fungování multidisciplinárních týmu ve zdravotnických a komunitních zařízeních. Ve výsledku se ukázalo, že multidisciplinární spolupráce funguje dosti podobně. Největší rozdíl byl v postavení sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu.

9 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá rolí sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o duševní zdraví.

Teoretická část nejprve vymezuje pojem „sociální pracovník“ a „sociální práce s duševně nemocnými“. Dále popisuje systém psychiatrické péče, jeho nedostatky a záměr psychiatrické reformy. Závěr přibližuje komunitní multidisciplinární přístup jako stěžejní prvek transformace psychiatrické péče.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o duševní zdraví z pohledu sociálních pracovníků.

K zodpovězení výzkumné otázky byly stanoveny tři oblasti, které se blíže zaměřovaly na roli sociálního pracovníka. První okruh byl zaměřen na zkoumání role sociálního pracovníka ve vztahu k práci s duševně nemocným klientem. Z výzkumného šetření vyplynuly tři hlavní role: poradce, zprostředkovatel a case manager. Sociální pracovníci poskytují v terénu soubor velice rozmanitých činností, které se liší zejména dle individuálních potřeb klientů. Svou stěžejní činnost vidí v mapování sociální situace klienta, v širokém spektru poradenství a zprostředkovávání služeb. Nedílnou součástí je také snaha o celkovou inkluzi klienta do přirozeného prostředí.

Druhý okruh mapoval roli sociálního pracovníka ve vztahu k multidisciplinárnímu týmu. Bylo zjištěno, že sociální pracovník je rovnocenným členem týmu a má v něm svou nezastupitelnou roli. Role se však měnila v závislosti na povaze zařízení. Ve zdravotnických zařízeních sociální pracovník zastával spíše roli poradce, v nezdravotnických zařízeních byl často vedoucím multidisciplinárního týmu a case manager. Výzkum přinesl pozitivní výsledky, které dokazují výbornou spolupráci a nadstandartní vztahy ve všech zmíněných týmech. Sociální pracovníci poukazovali na správné fungování mezioborové spolupráce jako na základní princip kvalitní komplexní péče o duševně nemocné klienty.

Třetí okruh pojednává subjektivní vnímání vlastní profesní role. Výsledkem je převažující pozitivní pocit z profese sociálního pracovníka a postupné zlepšování identifikovaných nedostatků, které sociálním pracovníkům bránily v plném ztotožnění s identitou sociálního pracovníka.

Závěrem lze tvrdit, že všichni sledovaní sociální pracovníci zdařile fungují jako profesionálové a plní novou roli klíčového člena multidisciplinárního týmu v oblasti péče o duševní zdraví na velmi vysoké úrovni.

V praktické části bakalářské práce se mi povedlo splnit předem stanovený cíl a definovat roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Do budoucna by bylo jistě zajímavé udělat srovnání, jak se role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu vyvíjí a mění po celkové implementaci strategie reformy. K větší objektivitě by se dal výzkum také rozšířit o názory ostatních profesionálů v multidisciplinárním týmu.

10 POUŽITÁ LITERATURA

BAUDYŠ, Pavel a Jan LIBIGER, 2002. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-104-1.

BURIÁNEK, Jiří, 1996. *Sociologie pro střední školy a vyšší odborné školy*. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-304-3.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

FROST, E., 2007. *European Identities and Social Work Education*. In: Frost, E., Freitas, M.J., Campanini, A. (eds.) In: *Social Work Education in Europe*. Roma: Carocci

GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN isbn978-80-247-3379-1.

HARTL, Pavel, 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-45-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAVRDOVÁ, Zuzana, 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.

HEJZLAR, Petr, ed., 2010. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo. ISBN 978-80-904009-6-2.

HAUSNER, Milan, 1981. *Duševně nemocný mezi námi*. 4. vyd. Praha: Avicenum. Rady nemocným (Avicenum).

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANEBOVÁ, Radka, ed., 2013. *Spolupráce v sociální práci: Cooperation in social work: sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce: Hradec Králové, 21. až 22. září 2012.* Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-259-1

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese.* Praha: Portál. ISBN 807178700-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 1999. *Ústavní péče.* Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich, 2012. *Základy sociální práce.* Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed., 2013. *Encyklopedie sociální práce.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Vyd. 1. Praha, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NEČASOVÁ, Mirka, 2001. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2673-1.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

PROBSTOVÁ, Václava, 2008. *Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání*. In Sociální práce. České. Budějovice: ASVSP, ročník 1/2008.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

PRAŠKO JÁN A KOLEKTIV, 2003. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 9788073330026.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 97-8-80-247-3006-6.

ŘEZNÍČEK, Ivo, 1994. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1.

TOMEŠ, Igor. in KODYMOVÁ, Pavla a Kateřina ŠÁMALOVÁ, ed., 2012. *Vzdělávání v sociální práci: sborník z mezinárodní vědecké konference 5. dny sociální práce*. Praha: Falešník Ondřej Ing. - FALON. ISBN 978-80-87432-07-5.

Internetové zdroje

ANTHONY, William A. 1993. *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal [online]. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z:

http://elearningzoom.com/courses/CPRPPREP1ZD3BGC/document/Anthony_Recovery_Article.pdf

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: Sbirka zákonů České Republiky 2006. www.aplikace.mvcr.cz [online]. [cit. 2018-04-04]. Dostupný z:

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních In: Sbírka zákonů České republiky www.aplikace.mvcr.cz [online]. [cit. 2018-04-04]. Dostupný z: www.mvcr.cz/soubor/sb109-08-pdf.aspx.

FOKUS ČR. 2013. *Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním: Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním*. [Www.fokus-cz.cz](http://www.fokus-cz.cz) [online]. [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: <http://www.fokus-cz.cz/index.php/knihovna/file/244-doporučení-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-duševním-onemocněním>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. [Www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz) [online]. [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.WOCyhTvyjb0>

HORÁČEK, Jiří. 2017. In: *Destigmatizační manuál*. www.destigmatizace.info [online]. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/04/destigmatizační-manuál-1.pdf>

RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): Odborná zpráva z projektu*. [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s. [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

ŠIMKOVÁ, Lenka. 2014. *Role sociálního pracovníka – mnohovrstevnatá, dynamická a proměnlivá*. www.sociálnírevue.cz [online]. Velká Británie: Sociální revue. [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/role-socialniho-pracovnika-mnohovrstevnata-dynamicka-a-promenliva#2>

11 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Tematické okruhy.....	31
Tabulka č. 2: Charakteristické znaky respondentů	33

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Otázky k rozhovorům.....	59
Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s respondentem.....	60

13 PŘÍLOHY

Příloha č.1: Otázky k rozhovorům

Okruh č.1

Jaké jsou vaše stěžejní pracovní činnosti ve vztahu ke klientům?

S jakými obtížemi se na vás klienti obracejí nejčastěji?

V čem vidíte hlavní přínos své práce ve vztahu ke klientovi?

Jsou nějaké limitující faktory, které vás při práci omezují?

Kolik máte průměrně klientů?

Máte dostatek času na práci s klienty?

Jste spokojen/a s náplní práce a je něco, co byste ráda změnila/a?

Máte vyjasněné kompetence ve vztahu ke klientovi?

Okruh č.2

Probíhá u vás v zařízení mezioborová spolupráce?

Pokud ano, jste součástí týmu?

Jací profesionálové jsou součástí týmu?

Můžete popsat, jak konkrétně mezioborová spolupráce probíhá?

Kdo je váš přímý nadřízený?

Kdo je vedoucí multidisciplinárního týmu?

Jaké máte vztahy v rámci multidisciplinárního týmu?

Jak vnímáte své postavení v multidisciplinárním týmu?

Podílíte se na rozhodování v týmu?

Okruh č.3

Jak vnímáte profesi sociálního pracovníka?

Je profese sociálního pracovníka pro vás stresující?

V čem vidíte hlavní význam role sociálního pracovníka?

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s respondentem č. 2

Jaké jsou vaše stěžejní pracovní činnosti ve vztahu k duševně nemocnému klientovi?

Pracujeme jak v terénu, tak v kanceláři. Práce je to hodně individuální. Kromě klienta se svojí práci snažíme rozšířit i na práci s celou rodinou a prostředím. Práce s každým klientem je jiná. Nejprve dochází k prvokontaktu, mapování situace. To provádí vždy sociální pracovník, nebo sociální pracovník ve spolupráci s psychologem a zdravotníkem. Za prvé zmapujeme potřeby klienta a zjišťujeme zakázku, co bychom mohli pro klienta udělat. Ve chvíli kdy se jedná pouze o jednorázové poradenství, jsme schopni klientovi poradit nebo navázat na jiné zařízení, spojit klienta se službou, která je pro něj vyhovující. Dost často se stává, že zakázka není hned jasná, poté se s klientem setkáváme dál a zjišťuje jeho potřeby a navazujeme spolupráci. Práce probíhá u nás v zařízení nebo v prostředí klienta, to je individuální. Občas se na nás obrací i rodiny klientů, a to potom jezdíme za nimi. Většinou přijíždí do rodiny sociální pracovník a psycholog a navštěvujeme ho v jeho prostředí. Vše se odvíjí od potřeb klienta. Zjišťujeme, kde je klientovi vlastně nejlíp. Někdy je lepší potkávat se u nás a někdy třeba v parku na lavičce. Podle potřeb klientů pracujeme v terénu. Stává se, že nás kontaktuje lékař hospitalizovaného pacienta, že ho budou propouštět, tak se snažíme, s klientem navázat kontakt ještě v nemocnici, jezdíme za ním a uděláme několik schůzek ještě během hospitalizace, kde mu vysvětlíme, jak pracujeme, co pro něj můžeme udělat. To je ideální v tom, že když je klient propuštěn, tak není jaksi ztracený, má následnou péči. Potřeby klienty jsou velmi individuální, záleží na fázi, v jaké se nachází, na tom, jak dalece spolupracuje s lékařem. Stává se, že pacient nespolupracuje s lékařem, nebere léky. Takového klienta nejdříve musíme namotivovat ke spolupráci. Aby měl náhled na své onemocnění a my pak mohl řešit další zakázky. Naším zásadním úkolem je pomoci klientovi začlenit se do běžného života, do komunity. Do tohoto okruhu spadá rodina, vztahy, zájmové činnosti, bydlení, práce, finance. Dost často řešíme s klientem finanční zajištění. Jsou to běžné věci, které se zdravému člověku daří řešit, tak našim klientům se v té nemoci nedaří je řešit. Například pomáháme klientům najít běžný zájem, něco, co by je bavilo.

S jakými obtížemi se na vás klienti obracejí nejčastěji?

To se nedá tak jednoduše shrnout, každá zakázka je individuální a jedinečná. Ale často se na nás klienti obracejí s žádostí o pomoc s bydlením nebo s finančními potížemi.

V čem vidíte hlavní přínos své práce ve vztahu ke klientovi?

Pomoc se začleňováním do běžného života, v jakýkoliv oblasti. Může se jednat na příklad o vyřizování různých úředních věcí, dále se může se jednat o podporu v psychoterapeutické rovině. Zkrátka nenechat klienty ztracené v tom běžném světě.

Jsou nějaké limitující faktory, které vás při práci omezují?

Rozhodně jsme limitováni časovými možnostmi a nedostatečnou kapacitou. Proto bych uvítala posílení personálního zajištění a celkové rozšíření týmu.

Kolik máte průměrně klientů?

Každý sociální pracovník má na starosti v průměru 20 klientů, někteří klienti se sdílí.

Máte dostatek času na práci s klienty?

To záleží na situaci, jak kdy. Výhodou je právě týmová spolupráce, pokud je určitý klient v krizi a potřebuje více času, tak s klientem pracuje celý tým.

Jste spokojen/a s náplní práce a je něco, co byste ráda změnila/a?

Ano jsem spokojena, jediné, co bych změnila je rozšíření kapacity a personálního zajištění, které je v současné době nedostatečné, ale je to v jednání.

Máte vyjasněné kompetence ve vztahu ke klientovi?

Já v tom jasno mám, ale v této práci je běžné se s tím potkávat. Při práci můžete vnímat, že děláte něco jako je terapie, že se to hoho dotýkáte, ale je důležité včas klientovi říct, že teď vnímám, že zacházíme do něčeho, co do psychoterapie spadá. V tom případě klientovi terapii doporučím. O tématu se s klientem můžu bavit, ale zpracovávat ho klientovi nebudu. Navrhnou možnosti terapie, tím mu můžu pomoci.

Probíhá u vás v zařízení mezioborová spolupráce?

Ano, probíhá.

Pokud ano, jste součástí týmu?

Ano, jsem.

Jací profesionálové jsou součástí týmu?

Sociální pracovníci, psycholog, zdravotní pracovníci a psychiatr.

Můžete popsat, jak konkrétně mezioborová spolupráce probíhá?

Každý den máme klientské porady, kde řešíme klienty. Pokud má někdo potřebu řešit určité věci, které se týkají klienta, tak se to také řeší v rámci týmu. Každý čtvrtek je velká porada i s ředitelem. Klient má možnost se také obrátit na kohokoliv v týmu, proto je důležité, aby každý klient znal minimálně dva členy týmu.

Kdo je váš přímý nadřízený?

Já jsem vedoucí celého týmu a nade mnou je ředitel celého zařízení.

Kdo je vedoucí multidisciplinárního týmu?

Vedoucí multidisciplinárního týmu jsem já, jako sociální pracovnice.

Jaké máte vztahy v rámci multidisciplinárního týmu?

U nás v týmu velmi dobré a musím říct, že je to zásadní. Při takto náročný práci, musím vědět, že se můžu spolehnout na své kolegy. Vím, že se tady můžu cítit bezpečně a dobře. Bez toho si nedokážu představit, že by se ta práce dala dělat, ta vztahová rovina by měla být dobře nastavena a myslím si, že to je jedno z nejdůležitějších při této práci.

Jak vnímáte své postavení v multidisciplinárním týmu?

V týmu mám roli vedoucího a zároveň jsem rovnocenný člen týmu, své postavení v týmu vnímám dobře, nemám s tím žádný problém.

Podílíte se na rozhodování v týmu?

Ano, to je nutné.

Jak vnímáte profesi sociálního pracovníka?

Já dobře, nesetkala jsem se s tím, že by třeba někdo nebral sociálního pracovníka vážně. Pokud se objeví nějaká tenze, tak se to řeší na supervizi, ale moc často v tomto směru k tomu nedochází. Nikdy jsem se nesetkala s tím, že by naše práce byla vnímaná jako něco, co by mělo být jinak, jiným směrem. Já osobně mám pocit, že za mě byl zásadní psychoterapeutický výcvik. Bylo to pro mne užitečnější než vystudovat školu sociálního pracovníka. Je to nedílná součást této práce. Sice to není podmínka pro tuhle práci, ale mám pocit, že to nás v týmu posunulo úplně do jiných dimenzí. Je to úplně jiná rovina, něco jiného je teorie a praxe. Ve chvíli kdy pracuji na pozici jako pomáhající profesionál s lidmi, který řeší úrovně psychických problémů nebo psychiatrických diagnóz, tak bez toho, aniž bych si já prošla nějakou osobní zkušeností formou terapeutického výcviku, tak těžko můžu předávat nějaké zkušenosti, mám jenom teorii. To je to, co si myslím, že je hodně stěžejní, vnímám to, jako největší posun. Pak tedy zjistíte, že ani ten výcvik není všemohoucí a furt jste na začátku a furt se učíte. Pořád je se co učit, člověk musí být v tomto ohledu hodně pokorný.

Je profese sociálního pracovníka pro vás stresující?

Ne není! Mám to zpracovaný, znám své priority a vím, že na prvním místě jsem já. Dokážu odhadnout, kam to můžu nechat zajít. Víím, jaké jsou hranice, a to se učíme v rámci týmu. V rámci týmu se můžeme upozorňovat na to, že už nějaká situace může zacházet dál, než chcete a můžete to kolegovi předat. To je výhoda týmu, nejste na to sama. Nemusíte se nechat vystresovat a nemusíte se nechat vyčerpat. S tím nám pomáhá supervize a dobrý tým.

V čem vidíte hlavní význam role sociálního pracovníka?

Jako někoho, na koho se člověk může obrátit, když nemá žádné zdroje v rodině ani okolí. V tom mi to přijde zásadní, pomáhat lidem s nějakým omezením, které by se jinak v běžném prostředí neměli na koho obrátit o pomoc.